Rok XLVIII. Kraków, dnia 5. czerwca 1909. Nr 23.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z oddziału chorób wewnętrznych (I. B) szpitala św. Łazarza w Krakowie (Prym. Radca Dr Krokiewicz).

Działanie wstrzykiwań podskórnych prawidłowej surowicy końskiej przy krwotokach.

Napisał

Prym Dr A. Krokiewicz.

Stosowanie podskórne prawidłowej surowicy zwierzęcej w przypadkach krwotoków zyskuje zwolenników w ostatnich czasach. Lapeyre (Klin. therap. Woch. Nr 51. 1908) zaleca je szczególnie przy krwotokach macicznych, zwłaszcza w okresie przejściowym *(climax)* i przy rozległych rakach macicy u kobiet bardzo starych. Lapeyre radzi, aby chora wówczas leżała najpierw przez cztery dni spokojnie w łóżku przy ułożeniu nizkiem głowy, a wysokiem nóg i otrzymywała wstrzykiwania gorące do pochwy, a następnie, aby chorej, jeśli krwotok trwa dalej, wstrzyknąć podskórnie 20 cm^3 prawidłowej surowicy krwi zwierzęcej. W razie braku prawidłowej, wolnej od toksyn, surowicy krwi można użyć z równie dobrym skutkiem surowicy przeciwbłoniczej lub przeciwpaciorkowcowej.

Toż samo Wirth (Klin. therap. Woch. Nr 52. 1908 i Wien. med. Woch. Nr 3 1909), zachęcony korzystnem działaniem surowicy, wstrzykniętej podskórnie u krwawca w przebiegu uporczywego krwawienia, zastosował ten sposób leczenia z bardzo dobrym skutkiem u 7 chorych, a mianowicie przy krwawieniu po wycięciu migdałków, przy krwotokach z jamy nosowej w przebiegu znacznej miażdżycy tętnic, przy krwotokach jelitowych i przy krwotokach płucnych (4). Wirth wstrzykiwał podskórnie w udo lub powłoki brzuszne po 20 cm^3 prawidłowej surowicy końskiej. Zazwyczaj wystarczało już jedno wstrzyknięcie podskórne, a działanie korzystne ujawniało się szybko i bez jakichkolwiek ubocznych i szkodliwych przypadów. Według Wirtha prawidłowa surowica końska może zatamować krwotok i przy zadziałaniu miejscowem, np. przy krwotokach jelitowych po zastosowaniu jej w postaci lewatyw, a przy krwotokach nosowych przez zatamponowanie jamy nosowej wacikami, napojonymi surowicą.

Wobec tak pomyślnych ogłoszonych wyników leczniczych, postanowiłem metodę tę wypróbować w odpowiednich przypadkach na chorych, pomieszczonych na moim oddziale w szpitalu św. Łazarza. Surowicy końskiej prawidłowej dostarczył mi z całą gotowością Prof. Odo Bujwid, dyrektor Instytutu higienicznego Uniwersytetu Jagiellońskiego za co na tem miejscu składam podziękowanie. Stosowałem tylko wstrzykiwania podskórne w okolicę ud przy zachowaniu wszelkich ostrożności aseptycznych; za każdym razem po 20 cm^3. Przebieg doświadczeń był następujący:

1) H. S. lat 32, handlowiec z Łodzi. Rozpoznanie kliniczne: *Haemoptoe. Phthisis pulmonum tbc.* (III). Od 10/I—18/I b. r. otrzymał 60 gm surowicy. Krwioplucie ustało dopiero po zastosowaniu worka lodowego na serce, wstrzykiwaniach morfiny i podawaniu na wewnątrz *Extr. fluid. hydrastis canad.* Po drugiem i trzeciem wstrzyknięciu surowicy wystąpiła na całem ciele obfita pokrzywka na 3 i 6 dni.

2) A. M. lat 40, nauczycielka ze Lwowa. Rozpoznanie kliniczne: *Phthisis pulm. tbc.* (III). *Haemoptoe.* Ciągłe krwioplucie. Chora otrzymała od 28/I—5/II b. r. podskórnie 60 grm surowicy. Krwioplucie ustało dopiero po zastosowaniu lodu na okolicę serca, wstrzykiwań morfiny i podawaniu wewnętrznem stypticyny i *extr. fluid. hydrastis canad.* Po 2 i 3 wstrzyknięciu surowicy wystąpiła bardzo przykra pokrzywka na całem ciele, trwająca za pierwszym razem 3, a za drugim 6 dni.

3) Z. K. lat 32, kasyerka z Krakowa. Rozpoznanie kliniczne. *Haemoptoe. Phthisis florida pulmonum.* Od 13/I—19/I b. r. otrzymała 60 grm surowicy. Po każdem wstrzyknięciu krwotok znaczniejszy; dopiero na 6. dzień po ostatniem wstrzyknięciu, skoro zastosowano podskórnie morfinę i podano wewnętrznie *extr. hydrast. canad.* krwioplucie ustało. Po ostatniem wstrzyknięciu podskórnem surowicy wystąpiła pokrzywka 3-dniowa i białkomocz przemijający.

4) S. Ł. lat 45, murarz z Krakowa. Rozpoznanie kliniczne: *Haemoptoe. Phthisis florida pulm.* Od 23/II—26/II b. r. otrzymał 60 grm surowicy; po każdem wstrzyknięciu krwotok silniejszy. Chory zmarł w 4 dni po trzeciem wstrzyknięciu surowicy wśród krwotoku płucnego.

5) W. K. lat 20, murarz z Krakowa. Rozpoznanie kliniczne: *Haemoptoe. Phthisis florida pulm.* Od 21/3—23/3 b. r. otrzymał 40 grm surowicy i zmarł wśród krwotoku płucnego dnia 26/III t. j. w 3 dni.

6) W. O. lat 28, stolarz z Krakowa. Rozpoznanie kliniczne: *Haemoptoe. Infiltratio apicis pulm. d.* Od 11/I—14/I b. r. otrzymał 40 grm surowicy; krwioplucie utrzymało się przez 4 dni w tym samym stopniu i ustało dopiero po zastosowaniu morfiny i *extr. hydrastis canad.*

7) T. K. lat 31, murarz z Krakowa. Rozpoznanie kliniczne: *Haemoptoe. Phthisis florida pulmonum.* Od 23/I—26/I b. r. otrzymał 40 grm surowicy; krwioplucie po 6 dniach ustało, odkąd zastosowano morfinę i *hydrast. canad.*

8) J. B. lat 33, bednarz z Sokala. Rozpoznanie kliniczne: *Haemoptoe. Phthisis pulm. tbc.* (III). Od 16/I—30/I otrzymał 60 grm surowicy. Po drugiem wstrzyknięciu krwotok silniejszy; wobec tego zastosowano równocześnie podskórnie morfinę i wewnętrznie *ext. hydrastis canad.*, poczem we dwa dni krwawienie ustało.

9) T. G. lat 24, wyrobnik z Krakowa. Rozpoznanie kliniczne: *Haemoptoe. Phthisis pulm. tbc.* Od 18/III—20/III b. r.

otrzymał 40 cm³ surowicy; krwioplucie ustało dopiero po zastosowaniu morfiny i *ext. hydrastis canad.*

10) J. C. lat 47, wyrobnica z Krakowa. Rozpoznanie kliniczne *Haemoptoe. Phthisis pulm. tbc.* Od 12/III—14/III otrzymała 40 cm³ surowicy. Krwioplucie silniejsze i dopiero po zastosowaniu morfiny i *ext. hydr. canad.* ustało.

11) J. P. lat 29, wyrobnik ze Skalbmierza (Król. Polskie). Rozpoznanie kliniczne: *Haemoptysis. Tuberculosis pulmonum et laryngis.* 23/II b. r. Zastosowano 20 cm³ surowicy; krwioplucie po 2 dniach ustało.

12) S. M. lat 20, ślusarz kolejowy z Krakowa. Rozpoznanie kliniczne: *Haemoptysis, Phthisis pulm. tbc.* (II); 15/II b. r. wstrzyknięto 20 cm³ surowicy; krwioplucie po 2 dniach ustało.

13) M. P. lat 20, wyrobnik z Krakowa. Rozpoznanie kliniczne: *Haemoptysis. Phthisis florida pulm.* 2/III b. r. otrzymał 20 cm³ surowicy; krwioplucie ustało po 2 dniach.

14) J. S. lat 28, wyrobnik z Krakowa. Rozpoznanie kliniczne: *Haemoptysis. Phthisis pulm. tbc.* Od 16/III—18/III b. r. otrzymał 40 grm surowicy: krwioplucie ustało po 2 dniach.

15) J. S. lat 32, wyrobnik z Krakowa. Rozpoznanie kliniczne: *Haematemesis. Ulcus ventriculi rotundum;* otrzymał 1/II b. r. 20 cm³ surowicy; zmarł wśród krwotoku 3/II b. r. Rozpoznanie anatomiczne według protokołu oględzin pośmiertnych w zakładzie anatomii patol. Uniwersytetu Jagiellońskiego wykazało: *Ulcus pepticum ad pylorum ss. stenosi pylori et gastrectasia. Haemorrhagia in cavum ventriculi. Anaemia.*

16) A. R. lat 29, lokaj z Krakowa. Rozpoznanie kliniczne: *Typhus abdominalis. Enterorrhagia.* 17/III b. r. otrzymał 20 cm³ surowicy podskórnie, a w 18 godzin nastąpiło zejście śmiertelne. Oględziny pośmiertne stwierdziły okres owrzodzeń oczyszczających się.

17) K. B. lat 36, wyrobnica z Krakowa. Rozpoznanie kliniczne: *Haemoptysis. Aneurysma aortae;* 13/I b. r. wstrzyknięto 20 cm³ surowicy, a krwioplucie trwało w tym samym stopniu przez 8 dni; dopiero po zastosowaniu *Ext. fluid. hydr. canad.* ustąpiło.

18) K. L. lat 63, wyrobnik z Podgórza. Rozpoznanie kliniczne: *Haemoptysis. Arteriosclerosis insignis. Angina pectoris.* Od 20/I—28/I otrzymał 80 grm surowicy podskórnie. Krwioplucie nie ustało. Natomiast po 4. wstrzyknięciu surowicy wystąpiła na kończynach dolnych i powłokach brzusznych obfita plamica guzkowa, utrzymująca się przez 6 dni i białkomocz. Chory zmarł 13/IV, a oględziny pośmiertne dokonane w Zakładzie anatomii patol. Uniwersytetu Jagiellońskiego wykazały bardzo rozległą miażdżycę aorty i zapalenie płuc włóknikowe, jako sprawę końcową.

Jak z powyższego zestawienia wynika, uskuteczniono wstrzykiwania podskórne prawidłowej surowicy końskiej u 18 chorych, a mianowicie: a) u 14 chorych w przebiegu gruźlicy płuc i krwotoku płucnego; b) w przypadku krwotoku żołądkowego w następstwie wrzodu okrągłego żołądka; c) w przypadku krwotoku jelitowego w przebiegu duru brzusznego, tudzież d) u chorych dotkniętych krwiopluciem na tle rozległych zmian miażdżycowych tętnicy głównej i tętniaka aorty. W przypadkach znaczniejszego krwotoku płucnego na tle gruźliczem u 10 chorych wynik był ujemny pomimo wstrzyknięcia kilku dawek surowicy (od 40—60 cm³, średnio 60 cm³), a nawet u 2 chorych z powodu krwotoku płucnego nastąpiło zejście śmiertelne. Natomiast u 4 chorych spostrzegano korzystne działanie surowicy atoli chodziło wówczas o krwioplucie *(haemoptysis)*. Zupełne ujemne działanie surowicy krwi po zastosowaniu podskórnem wystąpiło w przebiegu krwotoku w następstwie okrągłego wrzodu żołądka i owrzodzeń durowych w jelicie, gdyż oba te przypadki zakończyły się śmiertelnie. Toż samo w przypadkach krwioplucia na tle rozległych zmian miażdżycowych aorty i tętniaka aorty wstrzyknięcia podskórne prawidłowej surowicy końskiej — nawet kilkakrotne (80 grm) — zawiodły. Sam zabieg wstrzyknięcia podskórnego surowicy, na zewnętrznej stronie uda dokonywanego, był niebolesny. Natomiast zauważyć można było u 3 chorych (1 m. 2 k.) po wstrzyknięciu drugiem i trzeciem surowicy przykrą i rozległą pokrzywkę, która trwała od 2—6 dni i bardzo dotkliwie niepokoiła chorych. W jednym przypadku u mężczyzny dotkniętego rozległą miażdżycą tętnicy głównej (po wprowadzeniu w całości 80 grm surowicy) wystąpiła bardzo znaczna ogólna plamica guzkowa, utrzymująca się przez tydzień, przyczem krwioplucie wcale się nie zmniejszyło. W 2 przypadkach, po zastosowaniu 60—80 grm surowicy, pojawił się kilkudniowy przemijający białkomocz.

Wogóle na podstawie naszego doświadczenia nie możemy uważać wstrzykiwań podskórnych prawidłowej surowicy końskiej jako środka przeciwkrwotocznego. Środki lecznicze oddawna używane, jak: stosowanie lodu na okolicę serca, wstrzykiwanie podskórne morfiny, podawanie na wewnątrz styptycyny, gorzknika (*ext. hydrastis canad.*) — i przetworów nadnercza stanowią i obecnie bezsprzecznie najdzielniejsze leki przeciwkrwotoczne, których ani wstrzykiwania podskórne prawidłowej surowicy końskiej ani wyjałowionej żelatyny nawet w części nie zdołają zastąpić.

W sprawie nawykowego zaparcia stolca.

Przyczynki kliniczne i doświadczalne.

Podał

Prof. E. Biernacki.

(Dokończenie).

Chodzi teraz o to, jakim jest bliższy mechanizm powstawania zaparcia na gruncie neurastenii, wzgl. ogólnego zaburzenia przemiany. Dunin przedstawiał sobie sprawę poniekąd (nie wyraża się on tutaj zupełnie jasno) jako wpływ tamujący mózgu neurastenicznego na ruchy jelit. W zakończeniu swej pracy przypuszcza on jednak, iż prawdopodobnie istnieją także przypadki, w których zaparcie powstaje przez skurcz jelita — i jako przykład przytacza pewną damę cierpiącą na zmiany okołomaciczne i zaparcie, u której makowiec wywoływał bardzo obfite wypróżnienia. Otóż zaparcie kurczowe głównie z inicyatywy Fleinera było przedmiotem licznych omówień i roztrząsań w ostatniem dziesięcioleciu (K. Kraus[7]), Westphalen[8]), Singer[9]), Albu[10]) v. Sohlern[11]), Mazeran[12]), Kisch jr.[13]) i t. d.): jako objawy zasadnicze tej »nowej choroby« podnoszono stolce w postaci taśm, czy okrągławe, ale często grubości ledwie ołówka lub małego palca, dalej wyczuwalność przy obmacywaniu brzucha »skurczonych« pętli jelitowych, najpierw w okolicy pętli esowatej, następnie okrężnicy po-

[7]) K. Kraus: por. Münchn. medizin. Wochenschr., 1899. Nr. 47 str. 1585.

[8]) Westphalen: Ueber die chronische Obstipation II. Die chronische spastische Obstipation. Archiv. f. Verdaungskrankheiten. Bd. VII 1901 Zesz. 1 i 2.

[9]) G. Singer: Die spastische Obstipation. Wiener klin. Wochenschrift, 1903. Nr. 14.

[10]) Albu: cyt. według Boasa (loc. cit.).

[11]) v. Sohlern: 1902. Nr. 39. Berlin. klin. Wochschr.

[12]) Mazeran: Presse médicale, 1901. Nr. 50.

[13]) Kisch jr.: Die spastische Obstipation. 29 Versamml. der Balneolog. Gesellschaft Ref. Münchn. medizin. Wochs., 1908. Nr. 13. Medizin. Klinik, 1908. Nr. 20.

przecznej, także kiszki ślepej, uczucie pozostawania stolca w odbytnicy po odbytem wypróżnieniu, kolki, tępe bole wzdłuż jelita grubego i t. d. i t. d. Zarazem, właśnie przedewszystkiem przy zaparciu »kurczowem« podkreśla się, iż rozwija się ono na gruncie neurastenii czy histeryi (stąd »kurcz«). I jako dalsze objawy »charakterystyczne« przytaczają różne dolegliwości nerwowe, łatwą pobudliwość, nastrój pognębiony, uderzenia do głowy i t. d. Przedstawienie rzeczy we względzie ostatnim bywa, jednak, nieraz tego rodzaju, iż właściwie powraca dawna piosenka o zaburzeniach nerwowych jako skutku zaparcia.

Otóż Boas (loc. cit.) w swej najnowszej pracy, miejscami bardzo ciętej i krytycznej, cały obraz kliniczny tej »nowej choroby« nazywa zbudowanym na piasku lotnym — jak się u nas mówi — wprost wziętym z powietrza. Ani etyologia, ani przedewszystkiem — powiada ten autor — wejrzenie mas kałowych nie przedstawiają nic swoistego i znamiennego. Typowe przypadki stałego wydzielenia kału w postaci taśm, cienkich ołówków, należą według bogatego doświadczenia Boasa właściwie do wyjątków, a najczęściej zdarzają się jeszcze przy zwężeniu jelita; z drugiej zaś strony przy wszystkich postaciach zaparcia występują naprzemian najróżnorodniejsze kształty kału. Wreszcie Boas spostrzegał objaw pozornie rozstrzygający — »skurcz« jelita przedewszystkiem pętli esowatej, nietylko przy nawykowem zaparciu stolca, ale również przy przewlekłych biegunkach, raku odbytnicy, nieżycie jelita grubego, wreszcie u ludzi z zupełnie zdrowym narządem trawienia, tylko nieco nerwowych i łatwo pobudliwych.

Na wyczuwalność pętli jelitowych zwróciłem u mych chorych karlsbadzkich szczegółową uwagę już od lat kilku, odkąd objaw ten, dotyczący pętli esowatej, jako grubego wrażliwego wałka, uderzył mię przedewszystkiem w przypadkach błonicy śluzowatej jelita (*enterocolitis membranacea*, wzgl. *colica mucosa)*. Przy dalszem spostrzeganiu objaw okazał się właściwym nietylko dla tych postaci klinicznych, połączonych lub niepołączonych z zaparciem stolca: przeciwnie spotykam go u chorych dnawych wogóle niezmiernie często, zupełnie niezależnie od tego, czy jednocześnie istnieją jakie podmiotowe lub przedmiotowe zaburzenia ze strony jelit, przedewszystkiem zaparcie, czy też nie: w ostatnim przypadku wyczuwalność i wrażliwość pętli esowatej wydaje mi się mniejsza, niż przy błoniastem cierpieniu jelit (*enterocol. membran.)*. Wyczuwalność jelit znaną była Duninowi, ale objawowi temu wogóle nie nadawał on znaczenia patologicznego, co znowu stanowczo jest krańcowe.

Co do mnie muszę przedewszystkiem to wyznać, iż wyczuwalność pętli esowatej ewentualnie okrężnicy poprzecznej, albo kątnicy wogóle jaknajrzadziej sprawia na mnie wrażenie skurczu. Zachodzi przedewszystkiem pytanie, czy jelito prawidłowe, nie zgrubiałe może przez sam skurcz stać się tak łatwo wyczuwalne, jak to stwierdzamy w odnośnych przypadkach. Dla mnie też wyczuwalność jelit, najpierw pętli esowatej, jest wyrazem zgrubienia jelita — w późniejszych przypadkach błonicy śluzowatej jelit wskutek istotnej zmiany anatomicznej (nieżyt pętli esowatej) — w przypadkach zaś pozostałych, najpospolitszych — prawdopodobnie wskutek zastojów żylnych — jako iż u chorych na dnę niezmiernie często spotykamy takie zastoje w postaci żylaków na nogach, a jeszcze częściej guzów krwawniczych w odbytnicy.

O ile jednocześnie istnieje i skurcz jelita, wzgl. skurcz taki jest przyczyną zasadniczą ewentualnego zaparcia — nie umiem nawet wyobrazić sobie drogi i sposobu, w jaki możnaby udowodnić znaczenia powyższego czynnika. Niewątpliwie, iż wyczuwalne pętle jelitowe sprawiają przedewszystkiem wrażenie skurczu — i wtedy cienkie masy kałowe, dolegliwości bólowe wzdłuż jelita grubego, uczucie niezupełnego oddania stolca itd., przedstawiają się jako zupełnie logiczne, konsekwentne następstwa. A jeśli w dodatku nastąpi wypróżnienie po belladonnie, — działanie to względem pewnych wypadków zaparcia znane jest empiryi lekarskiej już oddawna — to naturalnie do obrazu »zaparcia kurczowego« nie brakuje ani jednego punktu...

A jednak niejedno rozpoznanie w takich przypadkach niezawodnie zbudowane jest na piasku lotnym. Według mego doświadczenia i zdania, skurcz — przytem głównie jako skurcz zwieracza — jest czynnikiem głównym w zaparciu przy »ostrych« krwawnicach i po drugie — przy szczelinie odbytu. Może być, że należą jeszcze do tego i pewne przypadki cierpień narządów rodnych u kobiet. Po za tem przy zaparciu powstającem na gruncie neurastenii wzgl. zaburzeń przemiany materyi stanowczo należy uwzględniać pewien inny czynnik więcej, niż to się dzieje dotychczas.

Mam tu właśnie na myśli wskazówki Ad. Schmidta[14]) i Lohrischa[15]) o mniejszych ilościach kału, zmniejszonej w nim zawartości wody i zmniejszonej dziennej ilości substancyi suchej, dalej azotu, tłuszczu węglowodanów przy zaparciu nawykowem w porównaniu z ludźmi zdrowymi na tej samej dyecie utrzymywanymi. Autorowie ci zauważyli także lepsze przyswajanie drzewnika (celulozy) w pierwszym przypadku, niż w drugim; według zaś poszukiwań Strassburgera[16]) przy zaparciu nawykowem zawiera kał wybitnie mniej drobnoustrojów, niż u ludzi zdrowych.

Śród pięciu psów, służących mi w ostatnich trzech latach do spostrzeżeń nad przemianą materyi, jeden jamnik wyróżniał się szczególnie opieszałem »trawieniem«. Przy dodawaniu węgla drzewnego do pożywienia (w celu odgraniczenia kału z oddzielnych okresów badania) po dobie ledwie nader drobna część kału miała czarne zabarwienie, niemal zaś całość kału z węglem zjawiała się dopiero po 48 godzinach; tymczasem u innych psów kał węglowy oddawany był już po 24 godzinach w większej ilości, albo nawet w całości. Jednocześnie zdarzały się wcale często dnie, w których jamnik wcale nie miał wypróżnienia; kał wydzielany był stale w postaci małych, twardych kawałków wielkości orzecha laskowego.

Otóż przyswajanie pokarmu u tego jamnika było znakomite, wogóle najlepsze śród wszystkich moich psów. Przy jakościowo i ilościowo jednakowym pokarmie z drugim

---

14) Ad. Schmidt, loc. cit. Poprzednio: Neue Beobachtungen für Erklärung und rationelle Behandlung der chronischen habituellen Obstipation. Münchn. medizin. Wochs., 1905. Nr. 4.

15) Lohrisch: Die Ursachen der chronischen habituellen Obstipation. Deutsche Archiv. f. klin. Medizin, 1904. Bd. 79. t. 383.

16) Strassburger: Ueber die Bakterienmenge in menschlichen Faeces. Zeitschr. f. klin. Medizin, 1903. T. 48.

psem (100 grm. mięsa końskiego + 150 grm. ryżu + 6 grm. soli kuchennej) jamnik w okresach kontrolnych oddawał średnio na dobę 20—27 grm. kału z 35—38% zawartości suchej, a 7·5—9·5 grm. tej zawartości na dobę, w tem 0·36—0·59 gramów azotu, natomiast pies bez zaparcia oddawał kału 34—36 grm. z 30—33% substancyi suchej a 10·5—12·5 gr. tej substancyi na dobę wraz z 0·52—0·58 gramów azotu. To samo zachodziło z mym pierwszym psem, który podobnie jak jamnik, najczęściej bardzo mozolił się przy oddawaniu kału, w porównaniu z dwoma innymi psami bez takich objawów. Przy 50 grm. mięsa końskiego i 220 grm. ryżu albo przy 150 grm. mięsa i 170 grm. ryżu (zawsze z 8 grm. Na Cl) pies pierwszy oddawał średnio na dobę 31—32·5 gr. kału z 8·5 9·5 gr. substancyi suchej, w niej 0·3792—0·6992 gr. tłuszczu i 0·45 · 0·66 gr. N.; przy dyecie zaś zupełnie zbliżonej, bo 100 gr. mięsa i 200 grm. ryżu, albo 100 grm. mięsa, 50 grm. mamałygi i 125 grm. ryżu (z 8 grm. Na Cl) — dwa inne psy bez zaparcia: 48—45 grm. kału z 12—17 grm. substancyi suchej, w tem 1·27—1·77 grm. tłuszczu i 0·69—0·73 grm. azotu.

Zarówno względem tych wyników doświadczalnych jak względem spostrzeżeń A. Schmidta możnaby zauważyć, iż objawy lepszego przywajania nie są *primum movens* ale po prostu są następstwem zaparcia, następstwem przedłużonego pobytu miazgi pokarmowej w narządzie trawienia, wzgl. w jelicie grubem. Wobec jednak tego, co wiemy o czynnościach tego jelita, pewną byłaby śród tych warunków właściwie tylko jedna zmiana — zubożenie kału w wodę. Po za tem mniejsza zawartość w kale substancyi suchej, azotu, tłuszczu itd. jest przecież wogóle dowodem lepszego przyswajania, jako czynności narządu trawienia: otóż fakt taki zupełnie jest możliwy u neurasteników, czy chorych na dnę z objawami zaparcia, jako w tych stanach wielokrotnie mamy przed sobą wskazówki czy dowody wzmożonego wydzielania soków trawiennych, przedewszystkiem soku żołądkowego (*hyperaciditas*, *hypersecretio*). Nie należy przytem zapominać, że wcale nierzadko to wzmożone wydzielanie soków (żołądkowego) istnieje zupełnie skrycie, bez zewnętrznych objawów klinicznych, czego przykład okolicznościowo przytoczyłem już w swej pierwszej pracy o krwi (1894), a co później widywał także v. Noorden. Z drugiej znowu strony wobec często wielkich ilości azotu w kale chorych dnawych v. Noorden[17]) przyjmuje wzmożone u nich wydzielanie soków kiszkowych.

Zapewne — należałoby jednocześnie rozstrzygnąć, o ile wzmożone wydzielanie soków trawiennych przy zaburzeniach przemiany nie jest jednocześnie połączone samo przez się z niedomogą (atonią) ruchów jelitowych, analogicznie, jak nadmiernemu wydzielaniu HCl w żołądku zwykle towarzyszy niedomoga żołądka. W tym drugim przypadku lepsze przyswajanie pokarmu wraz ze zmniejszonem wytwarzaniem kału miałoby właściwie znaczenie tylko drugorzędne, znaczenie czynnika sprzyjającego zaparciu, ale nie będącego jego punktem wyjścia.

Sprawa omawiana musi więc jeszcze czekać na ostateczne rozstrzygnięcie. Bądź co bądź należy podkreślić, iż określenie »neurastenia«, »nerwy«, jako przyczyna zaparcia nie może sobą wyłączać mechanizmu »chemicznego« powstawania zaparcia. Czynnika chemicznego wogóle nie wolno pomijać przy poszukiwaniu genezy zaparcia już choćby z tego względu, że jeszcze przed poszukiwaniami Ad. Schmidta nieraz podnoszono znaczenie czynników tej kategoryi przy rozwoju zaparcia. Np. między innymi mówi Westphalen[18]) o pokarmie zbyt posilnym, zawierającym mało drzewnika, a przez to dającym mało kału (np. przeważne pożywienie mięsne), jako przyczynie głównej zaparcia »atonicznego«, wzgl. zwykłej opieszałości stolca, jaka zdarza się nieraz wśród osób, należących do warstw zamożniejszych.

Pomijając zbyt dobrą przyswajalność pokarmu, właśnie śród klas zamożniejszych jeszcze inny atrybut pokarmu może bardzo sprzyjać zaparciu, — a mianowicie przetłuszczenie pokarmu. Istotnie w doświadczeniach moich na psach dodawanie większych ilości masła do stałego pożywienia wywoływało zawsze objawy wybitnego zaparcia — (opóźnienie wydalania kału z węglem, brak stolca w pewne dni) wraz ze znacznem obniżeniem zawartości wody w kale. Fakt ten podniosłem już w mej pierwszej pracy nad przetłuszczeniem pokarmu[19]); przytoczę na tem miejscu odnośne dane co do składu kału.

Dośw. II. Pies wagi 8750 grm. Pokarm stały 50 grm. mięsa końskiego i 220 grm. ryżu dziennie z 8 grm. soli kuchennej. Okres wstępny — 5 dni, okres tłuszczowy 12 dni — po 50 grm. świeżego masła deserowego codziennie, okres potłuszczowy 6 dni. Skład kału (średnio na dobę):

	kał świeży	sucha subst.	% such. subst.	N	— tłuszcz
Okres przedtłuszcz.	32·7 g.	— 8·7 g.	—26·7%	—0·4500	— 0·3792
» tłuszczowy	32·0 »	—11·7 »	—36·5 »	—0·6732	— 0·8294
» potłuszczowy	33·4 »	—12·4 »	—37·1 »	—0·7650	— 0·7669

Dośw. III. Ten sam pies. Pokarm stały 150 grm. mięsa końskiego i 170 grm. ryżu + 8 grm. Na Cl. Okres wstępny — 6 dni, tłuszczowy (po 40 grm. świeżego masła dziennie) 9 dni, potłuszczowy 6 dni. W okresie tłuszczowym odciągano z pokarmu ilość ryżu, ekwiwaloryczną z dodawanem masłem:

Okres przedtłuszcz.	31·4 g.	— 9·7 g.	—31·1%	—0·6662	—0·6992
» tłuszczowy	17·1 »	— 6·0 »	—35·2 »	—0·4890	—0·7902
» potłuszczowy	41·0 »	—12·5 »	—30·6 »	—0·8268	—0 9604

Dośw. IV. Ten sam pies i ten sam pokarm, co w dośw. III. Dodawano po 50—60 grm. cukru (zwykłego) dziennie:

Okr. przedcukr.	61·6 g.	—13·18 g.	—21·4 %	—0·9308 g.	—1·0925 g.
» cukrowy	57·8 »	—11·9 »	— 20·65 »	— 0·7898 »	—0·7336 »

Spostrzeżenia powyższe wykonane były tylko na jednym psie, co nie wyłączało w zupełności wpływu przypadku i indywidualności w powstaniu zjawiska. Ale to samo wystąpiło i w mych najnowszych doświadczeniach z przekarmieniem, dokonanych ubiegłej zimy na dwóch innych psach[20]).

Dośw. I. Jamnik wagi 5700 grm. Pokarm stały 100 grm. mięsa końskiego i 150 grm. ryżu + 6 grm. soli kuchennej.

---

[17]) v. Noorden: Handbuch der Physiologie und Pathologie des Stoffwechsels. Bd. II. T. 146. 1907.

[18]) Westphalen: Ueber die chronische Obitipation. I. Die chronische atonische Obstipation Archiv. für Verdauungskrankheiten. T. VI. Zeszyt 2.

[19]) Poszukiwania nad wpływem pokarmu przetłuszczonego na narząd trawienia oraz przemianę materyi. Gazeta lek. 1907. Zentralbl. f. d. ges. Physiol. und Pathol. des Stoffwechsels., 1907. Nr. 11. Archiv. f. biolog. und medizin. Wissenschaften Bd. III. 1907.

[20]) Szczegóły doświadczeń p. Tyg. lek. 1909, Nr 1719.

Okresy po 8 dni. W okresie tłuszczowym po 40 grm. świeżego masła deserowego dziennie. Skład kału:

	kał świeży	subst. sucha	% subst. suchej	azot
Okres przedtłuszcz.	26·12 g.	— 9·2 g.	— 35·75%	— 0·5522
» tłuszczowy	20·0 »	— 9·28 »	— 46·39 »	— 0·5057
» potłuszczowy	29·8 »	— 10·4 »	— 35·77 »	— 0·5463

Dośw. II. Inny pies wagi 5290 grm. Pokarm stały: 100 grm. mięsa końskiego + 140 grm. ryżu + 6 grm. NaCl. Dodawano po 40 i 50 grm. cukru dziennie. Okresy po 6 dni.

Okres przedcukr.	36·6 g	— 12·34 g.	— 33·67%	— 0·5887 g.
» cukrowy	39·0 »	— 12·23 »	— 31·38 »	— 0·6143 »
» pocukrowy	34·0 »	— 10·35 »	— 30·43 »	— 0·5219 »

Doświad. III. Ten sam pies; doświadczenie bez przerwy. Pokarm stały: 300 ctm. sz. mleka i 160 grm. ryżu + 5 grm. NaCl. W okresie tłuszczowym dodawano po 40 grm. masła deserowego, a w okresie białkowym po 97 grm. (z 4 jaj) białka, ugotowanego na twardo i drobno posiekanego. Skład kału:

Okres przedtłuszcz.	40·0 g.	— 12·2 g.	— 30·5 %	— 0·5441 g.
» tłuszczowy	35·3 »	— 12·14 »	— 34·37 »	— 0·4978 »
» potłuszczowy	42·3 »	— 11·5 »	— 27·2 »	— 0·5599 »
» białkowy	47·7 »	— 12·1 »	— 26·7 »	— 0·6422 »

Działanie masła w tych doświadczeniach okazało się tem bardziej swoiste i znamienne, iż przy cukrze (2 doświadcz.) i białku kurzem nietylko nie wystąpiło zaparcie, ale nawet, sądząc po składzie kału — stan odwrotny.

Jednak w doświadczeniach powyższych zaparcie nie kojarzyło się stale ze wzmożonem przyswajaniem w jelitach. Według danych co do zawartości azotu w kale — dane takie, jak wiadomo, szczególnie przy wahaniach mniejszych, same przez się nie są rozstrzygające we względzie powyższym — wzmożone przyswajanie w okresie tłuszczowym zachodziło tylko w dwóch nowych doświadczeniach. Zawartość zaś substancyi suchej w kale spadła tylko w okresie tłuszczowym dośw. III (dawniejszego), — ale przypadek ten ma niewielkie znaczenie, bo tutaj wskutek odciągnięcia z pokarmu 100 grm. ryżu w okresie masłowym zawartość drzewnika w pokarmie była w tym okresie mniejsza niż w okresach przed- i potłuszczowym.

Tylko jedna zmiana była wspólną wszystkim doświadczeniom z masłem — mianowicie (szczególnie w I nowem dośw.) mocne zubożenie kału w wodę w okresie tłuszczowym. I zjawisko to było nie skutkiem, ale przyczyną objawów zewnętrznych zaparcia u moich psów, jako iż obliczenie bilansów wody w dwóch nowych doświadczeniach tłuszczowych wykazało wybitne jej zatrzymywanie pod wpływem masła.

Wyniki powyższe należy uwzględnić chyba przedewszystkiem w dyetetyce zaparcia nawykowego. Zapewne, spotkałem raz w piśmiennictwie propozycyę leczenia zaparcia u dzieci świeżem masłem, dawanem łyżeczkami: ile szczęścia miała ta propozycya — nie mogłem się dowiedzieć; pewnem jest to jedno, że przy pomocy bardzo tłustego pokarmu można sobie »zepsuć« narząd trawienia i w wyniku ostatecznym dostać biegunki. — Chodzi właśnie o unikanie tłustych potraw, tłustego przyrządzenia pokarmu — właśnie na najlżejszych, najlepszych tłuszczach. Wskazaniu temu poniekąd zadość czynią zalecenia pokarmów roślinnych, obfitujących w drzewnik (chleb Grahama, owoce, jarzyny, wzgl. surowa kapusta i t. p.), zdawna już czynione przy zaparciu nawykowem; istotnie, jeśli wprowadza się do żołądka dużo takich pokarmów, to mniej zostaje tam miejsca dla potraw »posilnych«, właśnie bardzo często przetłuszczonych. Pokarm chudy należałoby zalecać przedewszystkiem przy »opieszałem« trawieniu (zaparciu »atonicznem«) u osób, należących do zamożniejszych warstw społeczeństwa; zresztą wskazanym on być może bez względu na postać kliniczną zaparcia, wzgl. przy rzekomem zaparciu »kurczowem«, jako, iż różnice zasadnicze terapii i dyetetyki w zależności od postaci zaparcia okazują się wogóle bezcelowemi [21]).

Spostrzeżenia z praktyki.

Przypadek ciąży brzusznej[1]).

Podał H. Raszkes (Radom).

Przypadki ciąży zewnątrzmacicznej bynajmniej nie należą obecnie do rzadkości. Pozwalam sobie jednak ogłosić operowany przezemnie przypadek ze względu na ciekawy przebieg choroby, a także z powodu trudności w jej rozpoznaniu.

Chora J. G., 33 lata mająca, zwróciła się do mnie 4/VIII 1908 roku z powodu silnych bolów brzucha i krzyża i niemożności oddawania moczu przez 24 już godziny. Wywiady były następujące: chora pochodzi ze zdrowej rodziny i w dzieciństwie zawsze była zdrowa. Pierwsza regularność zjawiła się w 15. roku życia; następnie stale była prawidłowa w 4-tygodniowych odstępach czasu. Przed 14 laty wyszła chora za mąż i 13 lat temu urodziła pierwsze i ostatnie dziecko. Po tym porodzie czuła się zawsze zdrową, miesiączkowanie prawidłowe, co 4 tygodnie; ostatnia zaś miesiączka przed $3\frac{1}{2}$ miesiącami, tak iż chora przypuszczała, że znajduje się w odmiennym stanie. Od miesiąca miewa nieustanne bole krzyża, trudność przy oddawaniu stolca i moczu. Cierpienia te zwiększają się od tygodnia, obecnie zaś od 24 godzin wcale oddać moczu nie może.

Chorej natychmiast wypuszczono cewnikiem żeńskim dużą ilość przezroczystego, prawidłowego moczu; chora poczuła potem nieznaczną tylko ulgę; silny ból brzucha pozostał; ściany brzuszne bardzo napięte, wobec czego badanie zewnętrzne brzucha jest prawie niemożliwe. Płuca i serce zdrowe.

Przy badaniu brzucha dwuręcznem, które wobec silnego bolu jest bardzo utrudnione, można wykryć tylko, co następuje: małe, stare rozdarcie krocza; ściany pochwy gładkie; część pochwowa macicy odsunięta bardzo wysoko ku górze, tak iż ujście zewnętrzne macicy znajduje się na równi z górnym brzegiem spojenia łonowego. Macicy wyczuć nie można. Całe tylne sklepienie, a szczególnie prawa połowa jego, oraz prawe sklepienie wypuklone są przez guz twardy, nieco bolesny. Chorej zalecono udać się do szpitala św. Kazimierza.

6/VII w szpitalu ciepłota wieczorem 38,2°, tętno 112. Cewnikiem wypuszczono mocz mętny. W celu dokładnego rozpoznania zachloroformowano chorą. W uśpieniu stwierdzono, że część pochwowa macicy podniesiona jest ku górze aż ponad spojenie łonowe i odsunięta ku przodowi. Otwór zewnętrzny zwrócony ku dołowi; część pochwowa przechodzi w guz miękki, który wypełnia całe tylne, prawe i trochę mniej lewe sklepienie, a który wielkością odpowiada macicy ciężarnej w 5-ym miesiącu. Przypuszczając, że zachodzi uwięzienie tyłozgiętej macicy ciężarnej, wykonałem ostrożnie próby wyprostowania jej, lecz guz dawał się bardzo mało odprowadzić. Wydawało się dziwnem, że przypuszczalna macica odpowiadała 5-emu miesiącowi ciąży, wtedy, gdy chora nie miała peryodów tylko od 3 miesięcy, ale przypisywałem to niedokładności w obliczeniu. Wieczorem tego samego dnia zaczęły się pokazywać czerwonawe odchody z macicy. 7/VII w położeniu »à la vache« znów próbowałem odprowadzić guz z jamy miednicy i rzeczywiście udało mi się nieco go podnieść. Wyczułem potem nad spojeniem łonowem powiększony trzon macicy, w który przechodzi część pochwowa, odpowiadający 3-mu miesiącowi ciąży. Do macicy przylega z tyłu i z prawej strony guz mało ruchomy, elastyczny. Zmieniłem

---

21) Boas: loc. cit.

1) Rzecz, czytana na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Radomskiego dnia 24/IX 1908 roku.

wtedy rozpoznanie i przyjąłem, że mam przed sobą ciążę w 3. miesiącu, powikłaną albo przez zropiałą torbiel jajnika prawego, która się rozwinęła między blaszkami szerokich więzadeł macicznych i odsunęła macicę ku górze i ku przodowi, albo przez inny guz zapalnego pochodzenia, wychodzący z przydatków prawych. Wobec braku wszelkich wskazówek krwawienia wewnętrznego, nie mogłem przypuścić istnienia ciąży zewnątrzmacicznej.

Zaproponowałem chorej operacyę, na którą na razie się nie zgodziłą. Badanie, powtórzone po 2 dniach, dało ten sam wynik. Ciepłota ciągle dochodzi wieczorami do 38°. Wypróżnienia bardzo utrudnione i możliwe tylko przy olejku rącznikowym. Mocz wypuszczany ciągle cewnikiem, jest mętny, pojawiają się ślady ropy. Bóle w dole brzucha coraz większe, tak iż chora nareszcie zgodziła się na zabieg operacyjny.

14/VII. po odpowiedniem przygotowaniu chorej dokonałem przy łaskawej pomocy kolegów szpitalnych Kosickiego i Rogozińskiego w uśpieniu chloroformowem laparotomii cięciem podłużnem. Macica uniesiona ku górze i przodowi, powiększona, jak w 3-cim miesiącu ciąży. Do trzonu macicznego przylegają z tyłu kiszka ślepa i zmienione przydatki, między którymi znajdują się skrzepy krwi. Ostrożnie wydobyto skrzepy między kiszką a tylną powierzchnią macicy i na tępo oddzielono kiszkę od macicy; jeden tylko gruby mocny zrost przewiązano katgutem i przecięto. Wtedy okazało się, że cała zatoka Douglasa wypełniona jest przez krwawy guz, przylegający do tylnej powierzchni macicy i dna zatoki. Ręką wydobyto ten guz nazewnątrz; okazało się, że składał się z płodu i dużego, przesiąkniętego krwią łożyska. Prawy jajowód bardzo zmieniony, pozostaje w związku z workiem płodowym. Podwiązałem katgutem prawe więzadło szerokie i odciąłem prawy jajowód i jajnik. Ponieważ i lewy jajowód był zgrubiały, przeto po poprzedniem podwiązaniu i ten jajowód wycięto. Skrzepy, o ile możliwe, wydobyto. Do tylnego sklepienia założono worek Mikulicza z gazy jodoformowej, do środka worka dwa grube paski gazy białej. Ranę brzuszną z wyjątkiem dolnej jej części, przez którą wyprowadzono worek Mikulicza, zeszyto 3-piętrowym szwem: otrzewnę — katgutem, powięź i mięśnie — katgutem, skórę zaś kilkoma szwami z silkwormu i agrafkami Michela. Po operacyi wstrzyknąłem chorej 1000 gr. fizyologicznego rozczynu soli. Nazajutrz po operacyi zaczęła chora sama oddawać mocz. Po dwóch dniach podano lawatywę, poczem było kilka płynnych stolców. Ciepłota, jak i przed operacyą, dochodziła wieczorami jeszcze do 38°, a 5-go dnia po operacyi nawet do 38,8°. Tętno zawsze około 100. Po 4 dniach wyjęto ze środka worka Mikulicza paski gazy i założono sączek z gazy jodoformowej. Żadnej wydzieliny z rany niema. 6-go dnia po operacyi ciepłota już spadła do poziomu prawidłowego. 7-go dnia wyjęto cały worek Mikulicza i zamiast niego założono do kanału, przez worek utworzonego, sączek z gazy jodoformowej. Odtąd stan chorej zupełnie dobry. Ciepłota stale prawidłowa. Tętno 72—84. Stolce prawidłowe, dobry apetyt, żadnych bolów niema. Co drugi dzień zakładano do rany świeży sączek z gazy jodoformowej. 17/IX chora opuściła szpital zupełnie wyleczona. Macica w prawidłowem położeniu, prawidłowej wielkości, ruchoma, bez bolu, sklepienia wolne. Rana brzuszna zupełnie zagojona. Podczas operacyi zatem okazało się, że mieliśmy ciążę brzuszną, powstałą z ciąży w prawym jajowodzie, prawdopodobnie przez pęknięcie jajowodu. I otóż ciekawą jest rzeczą, że przypuszczalne pęknięcie jajowodu i powstanie wtórnej ciąży brzusznej przeszło bez żadnych objawów; w wywiadach bowiem niema wcale wzmianki o żadnym zapadzie wskutek krwotoku wewnętrznego, ani o nagle powstałych bólach. Nie mieliśmy podobnych objawów i pomimo kilkakrotnych dość energicznych prób odprowadzenia guza z małej miednicy i związanego z temi próbami urazu. Dlatego nie mogliśmy ustalić rozpoznania przed operacyą.

W dostępnem mi piśmiennictwie znalazłem jeden przypadek Potockiego i Bendera[2]), w którym z ciąży jajowodowej w 6—7 miesiącu przez pęknięcie jajowodu powstała wtórna ciąża brzuszna, i pęknięcie to przeszło bez żadnych objawów. Jak w przypadku, podobnym do naszego i opisanym przez Marcinkowskiego[3]), zatrzymanie moczu było jedynym objawem podmiotowym ciąży zewnątrzmacicznej, ale objaw ten, jak i bole w krzyżu i w dole brzucha, przy kilkakrotnem zatrzymaniu peryodu może powstać i przy uwięźnięciu tyłozgiętej lub tyłopochylonej macicy ciężarnej, a także przy uwięźnięciu w małej miednicy podczas ciąży guzów jajnikowych, jajowodów dotkniętych przewlekłym ropniakiem, a nawet podotrzewnych mięśniaków macicy[4]). Tak samo nie powiodło się należycie rozpoznać choroby i po kilkakrotnych badaniach chorej. Badanie w uśpieniu chloroformowem bynajmniej nie rozstrzygnęło wątpliwości. Pod tym względem przypadek nasz podobny jest do przypadku, opisanego przez Wienera na posiedzeniu Towarzystwa ginekologicznego w Monachium 25-go grudnia 1907 roku[5]). 36-letnia chora, poraz drugi ciężarna, miała ostatnią miesiączkę 31 maja. Od 10 dni nie może sama oddawać moczu. Wiener znalazł guz nad spojeniem łonowem. Część pochwowa macicy uniesiona ku górze i przyciśnięta do spojenia łonowego. W tylnem sklepieniu wyczuć można główkę płodu; nie udaje się dokładnie odgraniczyć macicy, która zdawała się odsuniętą ku przodowi i stronie lewej od guza. Wiener przypuścił na razie, że chodzi o ciążę zewnątrzmaciczną. 5-go sierpnia, badając chorą w uśpieniu, odniósł W. wrażenie, jakoby część pochwowa macicy przechodziła wprost na guz, który dawał się wyczuć z tyłu części pochwowej. Wiener nigdzie nie czuł różnicy w zbitości guza; macicy wymacać nie zdołał, a zatem zmienił rozpoznanie, będąc przekonanym, że ma przed sobą przypadek uwięzienia tyłozgiętej macicy ciężarnej. Wobec tego wykonał kilka prób wyprostowania macicy, które jednak nie udawały mu się. W końcu przy silnem naciskaniu odniósł nagle wrażenie, jakoby palcem coś przedziurawił; przypuścił, że przedziurawił palcem macicę, tembardziej, że tętno chorej znacznie się pogorszyło. Wobec tego dokonał natychmiast cięcia brzusznego i ku swemu zdziwieniu znalazł powiększoną miękką macicę, odsuniętą ku przodowi i ku stronie lewej, jak to stwierdził przy pierwszem badaniu. Z tyłu zaś macicy, głęboko w jamie Douglasa, między odbytnicą a tylną ścianą macicy, leżało nieuszkodzone jajo płodowe. Wiener wyjął jajo płodowe i wyciął lewe przydatki, które przechodziły w worek płodowy. Chora wyzdrowiała. W tym przypadku, jak i w naszym, macica była znacznie powiększona.

[2]) Centralbl. f. Gynaekol. 1905. Nr 34, p. 1065.

[3]) Nowiny lekarskie 1905. Nr 2.

[4]) Handbuch d. Gynaek. v. Veit. III Band. 1 H. Fromme Kap. VI b. Handb. d. Geburtsch. v. Winckel. II. B. II Th. Werth, p. 899.

[5]) Monatschrift f. Geburtsch. u. Gynaek. Juni 1908, 753.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Richter. **Badanie płuc przy gruźlicy szczytów z uwzględnieniem podanych przez Kröniga sposobów.** (*Deutsche med. Wochenschr.* Nr 8 i 9, 1909). Autor starał się stwierdzić prawdziwość wyników, podanych przez Kröniga przy badaniu szczytów, zajętych gruźlicą. Przy pukaniu poleca Krönig pukać bardzo cicho ze względu, że różnica występuje w odgłosie tam nawet, gdzie przy silnem pukaniu jej niema. Jednak zdaniem Hochhausa dzieje się nawet odwrotnie, tak że on poleca opukiwać szczyty z rozmaitem natężeniem siły uderzenia. Najwcześniejszego objawu zajęcia szczytów, t. z. zatarcia granic (Verschleierung), R. nigdy nie stwierdził. Stwiedzał wyraźne zwężenie pól Kröniga, z przytłumieniem odgłosu opukowego, wcześniejsze występowanie zmian opukowych przy sprawie swoistej, niż osłuchowych, zmniejszenie lub zniesienie ruchomości dolnej granicy płuc po stronie przez gruźlicę zajętej, wzmożenie przewodzenia głosu w szczycie zajętym. Osłuchowo zwraca R. uwagę na częstość występowania szmerów mięśniowych nad szczytami, naśladujących rzężenia, na znaczenie rozpoznawcze tylko tych w płucu powstających rzężeń, które stale stwierdzać można. Przy podejrzeniu co do sprawy swoistej z niemożnością stwierdzenia rzężeń, przez podanie pod wieczór znoszących kaszel środków można ułatwić stwierdzenie rzężeń następnego rana. Prześwietlanie promieniami Roentgena tylko w ręku doświadczonego rentgenologa uchroni od błędów; większe znaczenie mają zdjęcia, jednak raczej teoretyczne. Przy nieżytach szczytów bez zmian opukowych należy brać w rachubę częstość łagodnych spraw nieżytowych, tamże się zdarzających. *Skórczewski.*

Doc. Lange i P. Nitsche. **Nowy sposób wykazywania prątków gruźliczych.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1909, Nr 10). Autorowie podają następujący sposób w celu łatwego wykazania prątków w plwocinach, w których zwykłemi metodami z trudnością je stwierdzamy. Do 5 cm^3 plwociny dodajemy 50 cm^3 jednonormalnego ługu sodowego, po dokładnem zmieszaniu pozostawiamy na 3 godziny w spokoju w celu rozpuszczenia śluzu (Homogenisierung). Następnie dodajemy 50 cm^3

wody i wstrząsamy, dalej 2 cm ligroiny, i wstrząsamy aż do utworzenia się gęstej zawiesiny, którą ogrzewamy w łaźni wodnej do 60° C. Ligroina zbierze się na górze, a w warstwach granicznych z resztą płynu znajdą się obfite prątki, porwane przez ligroinę, z powodu większej do niej, niż do wodnych rozczynów przyczepności. Prątki, zebrane pętlą platynową, roztarte na szkiełku, barwimy jak zazwyczaj rozczynem Ziehl-Neelsena.

Dr Skórczewski.

Doc. Ellermann i Doc. Erlandten. **Jakościowy odczyn skórny Pirqueta i znaczenie kliniczne wskaźnika tuberkulinowego.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1909, Nr 10). U 100 osobników wykonali autorowie szereg szczepień rozmaitymi rozczynami tuberkuliny, począwszy od 0·1% do 50%. Klinicznie wykazali u 17 chorych gruźlicę, 10 było podejrzanych, 73 niegruźliczych. Chorzy z daleko posuniętą gruźlicą i klinicznie niegruźliczy wykazywali nizki wskaźnik tuberkulinowy. Autorowie zwracają uwagę na kliniczne znaczenie wskaźnika tuberkulinowego, który pozwoli w liczbach ocenić wrażliwość ustroju na jad tuberkulinowy, a dalej jest pewnym dowodem toczącej się sprawy gruźliczej w razie znacznej wrażliwości ustroju na tuberkulinę, a pozwala ją wyłączyć w razie nieobecności odczynu. Niezbędne jest wprowadzenie w handel przetworu tuberkuliny o stałej sile.

Dr Skórczewski.

Heermann. **Leczenie chorób płuc i serca działaniem wysokiej ciepłoty.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1909, Nr 12). Autor stosuje miejscowe gorące okłady ½ do 1-godzinne dwa razy dnia nietylko przy chorobach płuc, jak wysięki opłucne, zapalenie płuc, ale także przy chorobach serca, jak przy zapaleniu wsierdzia i osierdzia, polecając je gorąco, i stwierdzając przy ich stosowaniu wyniki korzystne. Dalej poleca autor przy osłabieniu serca, czy to w przebiegu chorób ostrych, n. p. w przebiegu zapalenia płuc, opłucnej, czy w przebiegu niewyrównanych wad sercowych stosowanie gorącego powietrza na dolną połowę ciała, przyczem zauważyć można natychmiastowe znikanie sinicy i znaczne polepszenie się czynności serca. Mimo, iż znaczenie tej poprawy jest jedynie objawowe, to jednak sądzi H., iż może mieć wpływ leczniczy po dłuższem stosowaniu.

Dr Skórczewski.

Münter. **Ostre zapalenie tkanki łącznej żołądka.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1909, Nr 11). Na podstawie przeszło 90 przypadków z piśmiennictwa stara się autor podać obraz kliniczny ostrego zapalenia żołądka. Zawsze chodzi o sprawę ropną, rozwijającą się w tkance podśluzowej żołądka i wyjątkowo przechodzącą na głębsze warstwy. Zazwyczaj sprawa jest rozlana, znacznie rzadziej ograniczona. W pierwszym przypadku mówimy o ropowicy (*phlegmone*), w drugim o ropniu. Ropień jest 6 razy rzadszy. Stosunkowo dość rzadko jest ropowica sprawą pierwotną, często następową przy wrzodzie nowotworowym żołądka, przy wrzodzie zwykłym, przy sprawach ropnych w otoczeniu; często stoi w związku z ropnicą, durem, ospą, gośćcem. Objawami klinicznymi są nagły ból w okolicy żołądka o bardzo znacznem natężeniu, odbijania, wymioty, wypuklenie okolicy żołądka, nie zawsze guz macalny w okolicy żołądka, wysoka gorączka o charakterze ropniczej. Wymioty ropą mogą doprowadzić do rozpoznania, przy uwzględnieniu innych objawów. Także zniknięcie pierwej wyczuwalnego guza może ułatwić rozpoznanie. Badanie krwi, raz tylko wykonane, stwierdziło hyperleukocytozę (23.000 c. białych). Powikłaniami najczęstszemi bywają ropne zapalenie opłucnej i otrzewnej; zacierają one obraz choroby pierwotnej. Badanie bakteryologiczne wykazuje najczęściej gronkowca; raz wykazał autor dwoinki zapalenia płuc. Znaczny odsetek chorych stanowią alkoholicy. Wyzdrowienie stosunkowo rzadkie, jednak możliwe po przebiciu się ropy do światła żołądka i wydaleniu jej przez wymioty na zewnątrz.

Dr Skórczewski.

Goldschmidt. **Wykrywanie trypsyny i łatwy sposób ilościowego jej oznaczenia.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1909, Nr 12). Autor stwierdza zgodność wykazywania trypsyny w stolcach i treści żołądkowej metodą Schlechta na płytkach Müller-Jochmanowskich i metodą Volhardta przez trawienie sernika, i podaje łatwy sposób obliczenia ilości trypsyny jako modyfikacyę tej drugiej metody. Dziesięciokrotnie rozcieńczony stolec, otrzymany po słabym leku przeczyszczającym, dodaje G. w rozmaitych ilościach (0·05—1 cm) do probówek, zawierających 10 cm 1‰ rozczynu sernika. Probówki pozostawia na 24 godzin przy 37° w cieplarce. Brak zmętnienia przy dodaniu 1% kwasu octowego świadczy o strawieniu sernika. Zdolność trawienną możemy obliczyć w jednostkach tryptycznych. Autor stwierdził również znikanie zdolności proteolitycznej stolca u psa po wycięciu trzustki, i brak tej zdolności przy zadziałaniu czystego soku jelitowego (t. zn. enterokinazy). *Dr Skórczewski.*

Haeberlin. **Powstawanie zapalenia wyrostka robaczkowego.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1909, Nr 9). Autor, wychodząc z założenia, że u ludów pierwotnych zapalenie wyrostka robaczkowego nie zdarza się, uwzględniając znaczne wahania co do długości wyrostka, położenia jego i światła, wypowiada mniemanie, iż częstość zapalenia polegaćby mogła na niezmiernie rozpowszechnionem krzyżowaniu się ras, jeślibyśmy przyjęli pewne właściwości w budowie wyrostka u poszczególnych ras, na co dotychczas nie zwrócono uwagi. Badań anatomicznych autor nie przeprowadzał. *Dr Skórczewski.*

Neurologia i psychiatria.

Doc. Halben: **Wodogłowie wewnętrzne z zajęciem komory czwartej.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 10, 1909). Na podstawie porażenia prawego nerwu odwodzącego, tarczy zastoinowej na obu oczach, podwójnego widzenia, drżenia gałek ocznych przy bocznych ustawieniach, od dzieciństwa istniejących bolów głowy, obecnie przyłączających się nudności i wymiotów, rozpoznał autor u 16-letniej dziewczyny wodogłowie wewnętrznie z podwyższeniem się ciśnienia w komorze czwartej. Gdy nakłucie próbne prawej komory bocznej, następnie nakłucie lędźwiowe na pewien czas (kilka godzin) usuwało objawy poważne i zmniejszało tarczę zastoinową, rozpoznanie przybrało cechy pewności. Wobec tego przeniesiono chorą na klinikę chirurgiczną, gdzie Prof. Payr wykonał trójgrańcem nakłucie prawej komory bocznej z następowem założeniem w miejsce trójgrańca tętnicy cielęcej, odpowiednio przyrządzonej i napojonej parafiną. W miesiąc po operacyi nie można było stwierdzić ani tarczy zastoinowej, ani porażeń, chora nie doznaje żadnych objawów podmiotowych. *Dr Skórczewski.*

Preobrażenski: **Przypadek snu chorobowego.** (*Medicin. Obozr.* Nr. 3, 1909). Autor opisuje przypadek snu chorobowego, który trwał 5 dni. Opis ciekawy z powodu wielkiej rzadkości takich przypadków, oraz z tego powodu, że chora znajdowała się cały czas w szpitalu pod nadzorem lekarza. Chora—panna 23-letnia, o charakterze ruchliwym, czynnym, przy nastroju niezrównoważonym, często zmiennym. Przed rokiem wskutek rozmaitych nieprzyjemności dostała napadu histerycznego. Ostatnie 2 miesiące czuła wielkie zmęczenie i upadek sił. Ostatni tydzień czuła się jeszcze gorzej: ból głowy, słabość, bicie serca, nastrój przygnębiony. 7/XI 1908 r. chora, chociaż czuła się zmęczoną, jednakowoż pełniła swą zwykłą pracę zawodową (felczerka). Wieczorem po kąpieli położyła się spać, lekarstw żadnych nie zażyła; zasnęła szybko, w nocy nie budziła się. Ponieważ koleżanka nie mogła dobudzić się jej z rana, więc zawezwała lekarza, który po bezowocnych usiłowaniach odesłał chorą do szpitala Staro-Jekaterynieńskiego w Moskwie. Chora zaczęła przychodzić do siebie dopiero 12/XI. Badano chorą kilkakrotnie; zmian, wskazujących na histeryę, letargię, katalepsyę lub zatrucie jakimś środkiem nasennym, wykazać nie zdołano. Chora sprawiała wrażenie śpiącej snem prawidłowym; oddychała równo, spokojnie, na ukłucia i krzyk prawie nie oddziaływała. W moczu, wypuszczonym cewnikiem, białka i cukru nie było. Ciepłota prawidłowa. 12/XI chora zaczęła przychodzić do siebie, a 27/XI wyszła ze szpitala i powróciła do swego zajęcia. Autor znalazł w piśmiennictwie zaledwo kilka przypadków dłuższego snu (niektóre z nich przytacza), ale zazwyczaj opisy są bardzo niejasne i wprost nieprawdopodobne. *Mannowski.*

A. N. Bernstein: **Forma i treść zaburzeń psychicznych.** (*Sowr. Psichiatria.* 1909 Nr. 2). Ogólno krytyczne uwagi o znaczeniu mało jeszcze w Rosyi znanych badań »treści psychicznej« Freuda i Junga. W przejawach psychicznych należy rozróżniać ich »formę« i treść. Tylko »forma« przejawów psychicznych, czyli pewne podległe prawom sposoby powstawania, przebiegu i wzajemnego oddziaływania tych przejawów posiadają, zdaniem autora, właściwości stałe, nadające się do uogólniających rozważań nozologicznych. Treść objawów psychicznych, jako zbyt osobnicza, do takich uogólnień się nie nadaje. »Forma« działalności psychicznej jest więc jedynem źródłem do »patogenetycznego« zrozumienia zaburzeń psychicznych, które w ostatniej linii polegać muszą na zmianach chemiczno-anatomicznych. Psychoanaliza stanowić wszakże może ważne dopełnienie do badania »formalistycznego«, wykazując »psychogenezę« poszczególnych konstrukcyi psychopatycznych, co pozwala stosować

owocne leczenie psychiczne. Leczenie to jest wszakże, zdaniem autora, tylko leczeniem objawowem. *Łuniewski* (Warta).

Much i Holzmann: **Pewien odczyn krwi umysłowo chorych** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr. 2). Autorom powiodło się wykryć odczyn biologiczny, odróżniający dwie wielkie grupy »*Dementia praecox*« i »*Psychoses maniacales-depressivae*« od wszystkich innych chorób umysłowych. Odczyn polega na następującem: Jad węża »Cobra« (okularnika) ma własność rozpuszczania krwinek ludzi dorosłych. Jeżeli więc dodać do tego jadu prawidłowej surowicy ludzkiej, to krwinki się rozpuszczą. Natomiast jeżeli surowica pochodzi z ludzi chorych na »*Dementia praecox*« lub »*Psych. maniacales depressivae*« — to nastąpi zahamowanie hemolizy. Autorowie podają technikę tego odczynu, nazwanego przez nich »psychoreakcyą«. Wśród zbadanych 400 przypadków odczyn ten wypadł dodatnio w 100% i pozwala wysnuć następujące wnioski: w postaciach chorób umysłowych wyżej wymienionych o typie klasycznym (Kraepelin) istnieją ciała we krwi, które w innych chorobach umysłowych z wyjątkiem może padaczki z okresowemi zmianami afektywnemi, w chorobach nieumysłowych, oraz u ludzi zdrowych się nie znajdują. W te sposób dwie te ogromne grupy za pomocą tego odczynu odróżnić się dają od innych chorób, natomiast nie odróżniają się między sobą. Odczyn ten zdarza się również u osób, które same na wymienione choroby nie chorowały, jednakowoż mają w tym kierunku usposobienie rodzinne. W płynie mózgowordzeniowym odczyn ten nie występuje. Wespół z odczynem Wassermanna, niejako przeciwniczym, odczyn autorów ma stanowić ogromnie ważny środek rozpoznawczy. Stwierdza on zarazem, że nauka o zmianach fizycznych w etyologii chorób umysłowych zyskuje realne podstawy. *Nelken* (Burghölzli).

Pedyatrya.

Jemelianow: **Szczepienia ochronne przeciwpłonicze według spostrzeżeń, zebranych w czasie epidemii roku 1907 w gub. Charkowskiej.** (*Wracz. Gaz.* 1909. Nr 12). Zaszczepiono 317 dzieci, po razu 123 dzieci t. j. 39,1%; po 2 razy — 128, t. j. 40,3%; po 3 razy — 66, t. j. 20,6%. Zachorowało 1 dziecko, szczepione 3 razy. Zachorowało ono na 10. dzień po trzeciem szczepieniu. Przebieg płonicy lekki, jednakowoż na 10. dzień choroby nawrót (?) płonicy i pomimo zastosowania surowicy Mosera — śmierć. Jest to trzeci opisany dotąd przypadek zakażenia płonicą po trzech szczepieniach (na około 30.000 szczepionych). Autor podaje jeszcze do wiadomości następujący ciekawy przypadek. W rodzinie, składającej się z 7 dzieci, u czworga zrobiono po 3 szczepienia. Zachorowało następnie 2 dzieci, które nie były szczepione. Szczepieni zaś nie zarazili się, chodzili do szkoły i żaden inny uczeń od nich się nie zaraził. *L. Mańkowski.*

Władimirow: **Zbiór objawów przy ochronnem szczepieniu przeciwpłoniczem.** (*Wracz. Gaz.* 1909. Nr 12). Jeżeli paciorkowiec jest rzeczywistą przyczyną płonicy, to szczepienie ochronne powinno wywołać w skróconej i lżejszej postaci zjawiska płonicy. Sprawą tą właśnie zajmuje się autor. Chociaż objawy po szczepieniu bywają rozmaite, jednakowoż czasami zdarza się, że cały obraz choroby poszczepiennej jest tak łudząco podobny do płonicy, iż nawet na sceptyka powinno to wywrzeć wrażenie. Jeden taki przypadek W. opisuje. W przypadku tym były wszystkie objawy płonicy, nie było tylko łuszczenia. Wobec takiego łudzącego podobieństwa wskazane może być rozpoznanie różniczkowe między samoistną, a szczepienną płonicą. Różnica polega na tem, że: 1) cały przebieg płonicy szczepiennej jest daleko krótszy (3—4 dni), gdy samoistna płonica trwa 6—8 dni; 2) wysypka występuje w ciągu zaledwie kilku godzin, gdy przy samoistnej płonicy w ciągu 3—5 dni; 3) język przy płonicy szczepionej staje się odrazu malinowatym, gdy przy samoistnej dopiero w końcu pierwszego tygodnia; 4) łuszczenie nie występuje. (Co się tyczy punktu 4, to nie możnaby było zgodzić się z autorem. Praca jego została odczytana w jesieni roku 1908 na posiedzeniu Tow. lekarskiego w Moskwie, gdzie wywołała bardzo żywą wymianę zdań. Wielu mowców zarzucało W. słabe umotywowanie tego punktu. Rzeczywiście nawet z punktu teoretycznego trudno zrozumieć, dlaczegoby płonica szczepienna, mająca powtórzyć w lżejszej postaci wszystkie objawy samoistnej płonicy, nie dawała tylko objawu łuszczenia. Zresztą i inni lekarze z Rosyi opisali już pewną liczbę przypadków płonicy szczepionej, gdzie łuszczenie istniało (Nikitin, Szmielew, Abapołow. *Przyp. spraw.*). *L. Mańkowski.*

Fedyński: **Wpływ surowicy Mosera na przebieg i zejście płonicy.** (*Medic. Obozr.* 1904. Nr. 6—7). Autor jest gorącym zwolennikiem stosowania w płonicy surowicy wielowartościowej. Materyał, na którym się opiera w swych wywodach, pochodzi z zakaźnego oddziału szpitala św. Włodzimierza w Moskwie. F. zebrał wszystkie przypadki płonicy z lat 1906, 1907 i pierwszej połowy 1908 r., które przyjęto do szpitala najdalej na 5. dzień choroby. Dzień ten oznaczono dlatego, że według zdania Mosera, potwierdzonego zresztą w tymże samym szpitalu przez badania Egiza i Łangowoja, surowica wstrzyknięta później, niż na 5. dzień choroby, działa bardzo słabo, lub też wcale nie działa. Oprócz tego odrzucił F. wszystkie przypadki, powikłane jakąkolwiek inną chorobą, z wyjątkiem błonicy. Tym sposobem otrzymał F. dwie grupy: 1) 317 leczonych surowicą i 2) 920 nieleczonych. Chociaż obie grupy różnią się stopniem zakażenia, jednakowoż mają one pewne wspólne cechy: 1) wszyscy chorzy przyjęci zostali nie później, niż na 5 dzień; 2) u wszystkich określono rokowanie na podstawie przebiegu choroby w ciągu pierwszych 4—5 dni; 3) wszyscy znajdowali się w szpitalu w zupełnie jednakowych warunkach: leżenie w łóżku i dyeta mleczna do 21 dnia choroby; 4) leczenie we wszystkich przypadkach oprócz surowicy było tylko objawowe. Wszystkie przypadki, zebrane przez F. podzielono według skali Mosera na 4 kategorye. Przypadki najcięższe (III i IV kategorya) leczono wszystkie surowicą. Dzieci chore na płonicę, powikłaną błonicą, zaliczono do oddzielnej grupy.

Rozpatrując ogólne wyniki leczenia surowicą, miał F. na względzie: 1) wpływ na zmniejszenie się śmiertelności; 2) wpływ na przebieg płonicy; 3) wpływ na powikłania. Ponieważ w statystyce F. nie było przypadków III i IV kategoryi, nieleczonych surowicą, więc dla porównania użył statystyki Czoszima (1889—1893 r.), Eschericha (1901—1902), Egiza-Łangowoja (1900—1903), Istomina (1905—1906).

Z zestawień autora, podanych w licznych tablicach i dyagramach wynika, że przy stosowaniu surowicy odsetek śmiertelności znacznie się obniża. Gdy u nieleczonych surowicą (III i IV kategorya) waha się on od 55% do 89,9%, to przy stosowaniu surowic spada do 18,6%—34,6% (autor 32%). Osobliwie przekonywającą jest krzywa śmiertelności z płonicy w całej Moskwie i w jednym szpitalu św. Włodzimierza za czas od 1892—1907 r. Z początku krzywa szpitalna biegnie równolegle do ogólnej, tylko ze zrozumiałych powodów jest wyższa. Najmniejsza różnica wynosi 4%. W r. 1904 (początki stosowania surowicy) różnica ta spada do 2%, a w 1906 i 1907 r. śmiertelność szpitalna spada poniżej śmiertelności ogólnej w mieście. Co się tyczy wpływu na ciepłotę, to średnio w 60% dał się zauważyć trwały spadek do poziomu prawidłowego lub 38° w ciągu 12—24 godzin po zastosowaniu surowicy. Jeżeli do tego dodamy 21,5%, można zauważyć obniżający wpływ surowicy na ciepłotę ciała. Ciekawy jest dyagram VII, w którym F. porównuje według dni spadku ciepłoty II kategoryę nieleczonych surowicą i II, III i IV — leczonych. Z zestawienia tego wynika, że maximum przypadków ze spadkiem ciepłoty do poziomu prawidłowego u dzieci leczonych surowicą, przypada na 4—5 dzień choroby, u nieleczonych surowicą na 10—15 dzień. Średnia długość trwania gorączki powyżej 38° u nieleczonych surowicą (II kat.) wynosiła 16 dni, u leczonych surowicą (II, III, IV kat.) — tylko 9,2 dnia. Mniej lub więcej wyraźne polepszenie stanu ogólnego u III kategoryi leczonych zauważono w 89,8%, u IV kategoryi w 75%. W 50,2% wysypka zbladła już na 2—3 dzień choroby, w 36,2% — na 4 dzień i tylko w 23,5% na 5 dzień. U wyzdrowiałych II kat. leczonych surowicą zgorzelinowe zapalenie gardła zauważono w 87%, a u leczonych II, III i IV kat. przed wstrzyknięciem 42,3%, a po — zaledwo 8%, razem 50,3%. Odsetek powikłań zapaleniem nerek był przy takich samych warunkach 18,3% i 10,3%. Żeby uniknąć zarzutu, że pewną część zapaleń przeoczono, zbadał F. w tym kierunku 28 zwłok dzieci nieleczonych i 28 leczonych i znalazł 29% i 14.5% zajęcia nerek. Przytem autor zauważył, że im wcześniej surowicę wstrzyknięto, tem odsetek powikłań był mniejszy.

Zastanawiając się w końcu nad przyczyną takiej różnicy w poglądach rozmaitych autorów na działanie surowicy, podnosi F., że ci tylko odmawiają surowicy skuteczności, którzy spostrzegali małą ilość przypadków, ci zaś, którzy zebrali dużą ilość spostrzeżeń, są zupełnie innego zdania (Escherich 112 przypadków, Egiz i Łangowoj 400, Istomin 140, Wojnow 171).

Działanie surowicy zależy od trzech czynników: 1) jakości surowicy; 2) siły zakażenia i 3) stopnia odporności ustroju. Wielką rolę odgrywa bezwątpienia jakość surowicy. Ale niestety nie mamy sposobów pracownianych do określenia tej jakości, więc często można widzieć w zastosowaniu jednej seryi surowicy cały szereg wyników dodatnich, wpływ zaś drugiej seryi jest niewielki lub

nawet żaden. Tak się właśnie zdarzyło raz jeden autorowi, tak że musiał odrzucić jedną seryę surowicy i użyć drugiej.

Przebieg zakażenia paciorkowcem jest inny, niż np. prątkiem Löfflera. Gdy przy zakażeniu prątkiem Löfflera bakterye, usadowiwszy się w pewnem ograniczonem miejscu, zatruwają ustrój swymi jadami, słowem powstaje tutaj toksynemia, to przy zakażeniu paciorkowcem następuje bakteryemia. A przy słabej odporności ustroju i silnej jadowitości bakteryi, mogą bakterye być rozniesione tak szybko przez prąd krwi do rozmaitych części ustroju, że zatrucie nastąpi wcześniej, nim pojawią się ogniska ropnicy. Czasami wystarcza już 6—12 godzin, żeby w ustroju nastąpiły zmiany, nie dające się już naprawić. Tem tylko można objaśnić sobie bezskuteczność surowicy w niektórych przypadkach. Łatwo zrozumieć, że przy niewielkiej ilości spostrzeganych przypadków mogą one należeć przypadkowo wszystkie lub w większej części do wspomnianej kategoryi.

F. kończy swoją pracę słowami Eschericha: »Surowica Mosera stanowi punkt zwrotny w leczeniu płonicy« i podaje następujące wskazówki do stosowania surowicy: 1) Surowica przed wstrzyknięciem powinna być ogrzana mniej więcej do 40°. 2) W przypadkach III i IV kategoryi wskazane jest natychmiastowe wstrzyknięcie surowicy w ilości następującej: dzieciom do roku 100 cm³, od 1—2 l. 150 cm³, wyżej 2 lat 200 cm³. 3) W przypadkach II kategoryi należałoby także natychmiast wstrzykiwać surowicę, ponieważ gdyby nawet pomylono się w rokowaniu, to w każdym razie surowica szkody nie przyniesie, a wczesne jej zastosowanie zmniejsza ilość powikłań i osłabia ich natężenie. 4) Wobec dowiedzionego (zdaniem autora *przyp. spraw.*) dodatniego wpływu surowicy w powikłaniu, należy ją wstrzykiwać i w przypadkach I kategoryi, tylko tutaj, być może, należałoby zmniejszyć dawkę do 100 cm³, a nawet 50 cm³, z warunkiem, aby surowicę wstrzyknięto w ciągu pierwszych dwóch dni choroby. Gdyby następnie dany przypadek okazał się cięższym, niż się zrazu wydawał, to wstrzykiwania można powtórzyć. 5) W przypadkach ciężkich można wstrzykiwać surowicę nawet i później, niż w 5. dniu choroby, jednakowoż bez wielkiej nadziei pomyślnego skutku. 6) W przypadkach bardzo ciężkich, gdy przez dobę po wstrzyknięciu surowicy nie nastąpił zwrot ku lepszemu, należy powtórnie wstrzyknąć 100—200 cm³. Toż samo należy zrobić, gdy po czasowem polepszeniu nastąpiło pogorszenie (samo tylko podniesienie się ciepłoty nie ma większego znaczenia). 7) W razie niesprawności serca, należy je pobudzić środkami objawowymi aż do wystąpienia działania surowicy.

L. Mańkowski.

Morozow: **Błonica u noworodków i osesków.** (*Medic. Obozrenie.* 1909. Nr 3). Błonica u noworodków i osesków najczęściej pojawia się w postaci błonicy nosa (Filatow). Śmiertelność przytem jest bardzo wielka. W czasach przedsurowiczych wynosiła ona 94,73% (Schlichter); w czasach posurowiczych 74,52%—88,3%. W szpitalu cesarza Pawła w Moskwie od roku 1903 do 1907 było 600 dzieci chorych na błonicę w wieku od 3 dni do 12 miesięcy. Błonicę nosa bądź samego, bądź w połączeniu z zajęciem innych narządów, spostrzegano w 320 przypadkach, t. j. w 53,3%. Zastanawiając się nad przyczynami tak częstego zajęcia nosa, mniema M., że na to składają się rozmaite czynniki, między innymi to, że takie dziecko umie oddychać tylko nosem i że matka, o ile zupełnie nie rozumie, co to znaczy czystość jamy ustnej, o tyle znów często stara się czyścić nos dziecka i to najczęściej brudnymi palcami i tym sposobem łatwo przenosi zakażenie do nosa.

Z liczby 600 dzieci chorych na błonicę zmarło 479. Śmiertelność zatem wynosiła 79,83%. Wielką rolę grał tutaj sposób karmienia dzieci. Ze 408 dzieci, żywionych sztucznie, zmarło 88,48%; ze 192, karmionych piersią — 61,45%. Nie bez znaczenia są też choroby poprzedzające błonicę, które wyniszczając mało odporny ustrój dziecka, sprzyjają nowemu zakażeniu. Zgodnem zdaniem wszystkich autorów błonica zaczyna się u takich dzieci bardzo podstępnie i rozpoznanie bywa bardzo trudne, tak że dopiero badanie bakteryologiczne wyświetla sprawę. Pewien wpływ na odsetek śmiertelności miała bezwątpienia i ta okoliczność, że były to dzieci przynoszone z Domu podrzutków i to zwykle dość późno, wskutek czego nie można było dość wcześnie wstrzyknąć surowicy. Za dowód może służyć fakt, że z 600 dzieci 150, t. j. 26,3%, przeżyło w szpitalu mniej niż jedną dobę, a kilkoro zmarło w ambulatoryum szpitala natychmiast po przeniesieniu.

Wogóle rokowanie jest w błonicy u osesków bardzo niepomyślne, a jedną z przyczyn tego jest, że błonica szybko szerzy się u nich na tchawicę, oskrzela i płuca. Niemniej, im wcześniej stosowano surowicę, tem przebieg był pomyślniejszy. M. u wszystkich swoich chorych stosował surowicę w ilości od 1000—3000 jednostek.

Nakoniec zastanawiając się nad sposobami walki z epidemią w Domu podrzutków, dochodzi M. do przekonania, opartego na osobistem doświadczeniu i zestawieniu spostrzeżeń rozmaitych autorów, że szczepienia zapobiegawcze nie mają wielkiego znaczenia i chronią na jakie 2—3 tygodnie. Na podstawie spostrzeżeń Schlichtena w wiedeńskim Domu podrzutków i nowszych danych z epidemiologii błonicy, dochodzi M. do wniosku, że największą rolę w rozpowszechnianiu choroby grają tak zwani »roznosiciele« bakteryi i że dla racyonalnej walki z epidemią w domach podrzutków, żłobkach, przytułkach dla położnych itd. koniecznem jest: 1) Ścisłe zbadanie przez lekarza każdego przybywającego dziecka i jego matki, połączone z bakteryologicznem badaniem śluzu z nosa i gardła; aż do uzyskania ostatecznych wyników tego badania matka i dziecko powinny pozostawać w pawilonie izolacyjnym; 2) karmienie piersią i ścisłe przestrzeganie wszelkich prawideł higienicznych; 3) przy pojawieniu się błonicy konieczne jest bakteryologiczne badanie śluzu z jam nosowych i ustnej u wszystkich dzieci i niezwłoczne odosobnienie chorych; 4) możebnie wczesne zastosowanie surowicy w ilości 1000—3000 jednostek; 5) decentralizacya działalności ogromnych domów podrzutków.

A. Mańkowski.

H. Helmholz: **Wrzody dwunastnicy przy „dekompozycyi“ u osesków** (*Deutsche med. Wochenschrift.* Nr. 12, 1909). W piśmiennictwie znalazł autor zaledwie 5 przypadków wrzodów dwunastnicy u osesków. Jednak zdaje się, że są one znacznie częstsze, gdyż autor sam obserwował dziewięć przypadków, z których 8 potwierdziła sekcya. Istnieje wyraźny związek pomiędzy wrzodami a »dekompozycyą«, której oseski tak często podlegają. Dekompozycyą nazywa autor taki stan, w którym mimo dostatecznego odżywienia następuje szybki ubytek ciężaru wśród ciepłoty niższej od prawidłowej i zwolnienia tętna. Za życia objawami klinicznymi są wymioty (nigdy nie były krwawe) i stolce krwawe. Śmiertelność bardzo znaczna, 89%. Jeden chory został wyleczony. W 2 przypadkach śmierć nastąpiła wskutek »dekompozycyi«, w 6 przypadkach wskutek krwotoku, z tych w jednym było także zapalenie płuc, a w jednym zapalenie otrzewnej. Wrzody, zazwyczaj tuż za odźwiernikiem położone, średnicy 0,1—2 cm, miały brzegi ostre, dno terasowate. Ilość wrzodów wahała się od 1 do 4. Z 18 wrzodów przy badaniu drobnowidowem 2 razy spostrzegł H. — tylko większy naciek drobnokomórkowy, a w jednym z nich i martwicę tkanki w środku wrzodu; w tych przypadkach możnaby myśleć o zakrzepowej przyczynie powstania wrzodu. Zazwyczaj nacieku drobnokomórkowego w brzegach wrzodu H. nie spostrzegał, a bujanie tkanki łącznej było nieznaczne. Przyczyny jednak zakrzepu znaleść autor nie może. Wiek chorych osesków przekraczał kilka miesięcy.

Dr Skórczewski.

Mencikowski: **W sprawie leczenia mimowolnego moczenia nocnego i dziennego.** (*Ruskij Wracz* 1909, Nr. 10).

Damski: **Przyczynek do kazuistyki mimowolnego moczenia nocnego u dzieci** (*Ibidem* Nr. 11). M. na podstawie własnego doświadczenia twierdzi, że mimowolne moczenie zależy od zmian prawidłowego stopnia pobudliwości i ukrwienia błony śluzowej pęcherza. Zmiana w kierunku zwiększenia pobudliwości daje jeden typ chorobowy, zmiana w kierunku zmniejszenia — drugi typ. W przypadkach pierwszej kategoryi pobudliwość bywa czasami tak wielka, że najmniejsze dotknięcie błony śluzowej dróg moczowych wywołuje u dziecka odczyn w postaci silnego bolu, a następnie krzyku i ruchów obronnych, wskutek czego zbadać pęcherz można tylko w uśpieniu. W przypadkach drugiej kategoryi błona śluzowa bywa tak niewrażliwa, że np. w jednym przypadku, przytoczonym przez M., badanie cystoskopem, powtarzane przez wielu obecnych, nie wywoływało żadnego odczynu ze strony chorej. Wobec tego zdaniem M. postępowanie powinno być dwojakie. W przypadkach pierwszej kategoryi wskazane są miejscowo środki znieczulające: kokaina, eukaina i t. p. w połączeniu z adrenaliną: 1 kropla 0,1% roczczynu adrenaliny na 1,00—1% roczczynu kokainy. Następnie wprowadzanie cewnika miękkiego i jednocześnie kąpiele codzienne 28°—20° R, a wewnętrznie brom z beladoną. W przypadkach drugiej kategoryi wskazane są środki drażniące (azotan srebra, albargina itp.). W końcu przytacza M. opisy 5 swoich przypadków.

D. podaje opis przypadku mimowolnego moczenia u chłopca 5-letniego. Przypadek ten według podziału M. nie mógłby być zaliczony do żadnej kategoryi. Był on powikłany zapaleniem pęcherza z wielkiemi zmianami w jego ścianach: ściany były zgrubiałe, twarde, mięsień przerosły tworzył belki (vessie à co-

lonnes). Między belkami inkrustacye fosforanowe, wprawdzie niewielkie. Inkrustacye te sprawiały przy cewnikowaniu wrażenie kamienia, skutkiem czego wykonano cięcie nadłonowe i założono do pęcherza syfon Guyona. Po usunięciu syfonu rana zagoiła się w ciągu 10 dni, a chłopiec zaczął prawidłowo oddawać mocz z dłuższemi przerwami. D. podkreśla, że na rok lub dwa przed operacyą przypadek ten byłby uważany za przypadek samoistnego moczenia mimowolnego, ponieważ choroba pęcherza rozwijała się tak pomału i nieznacznie, że nie zwracała na siebie żadnej uwagi. Skłania się ku zdaniu Caspra i Amata, że w pewnych przypadkach uporczywego moczenia mimowolnego, połączonego z nieżytem pęcherza, mogłoby być wskazane cięcie nadłonowe. *L. Mańkowski.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie d. 19. maja 1909.

Przewodniczy Prof. Dobrowolski. Obecnych członków 65. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

1) Kol. Radliński przedstawia 2 przypadki **potworniaków bliźniaczych i polydaktylii.**

2) Prof. Kader przedstawia: *a)* chłopca, u którego wyjął **przez laparotomię** 2 kopiejki **połknięte z żołądka** (wpustu); *b)* przypadek ubytków po zgorzeli twarzy **(noma)** przed operacyą, w którym ma wykonać plastykę; *c)* przypadek **stopy końskoszpotawej** w ciągu leczenia.

3) W dyskusyi nad odczytem kol. Eisenberga Dr Janiszewski oświadcza, że początkowe nawet stadya gruźlicy płuc można i należy rozpoznawać bez pomocy prób tuberkulinowych. Z drugiej strony przypisuje jednak próbom tuberkulinowym większe znaczenie kliniczne, aniżeli kol. Eisenberg. Dla klinicysty ważnem jest wykrycie w organizmie ogniska gruźliczego nawet znajdującego się w danej chwili w stadyum spokoju; tak jak np. ważnem jest stwierdzenie u dzieci z zaburzeniami kiszkowemi usposobienia rachitycznego. W końcu zwraca uwagę na różnicę w pojmowaniu anatomicznem i klinicznem wyleczenia gruźlicy. Prof. Bujwid sprzeciwia się temu twierdzeniu, gdyż są przypadki, w których klinicznie rozpoznać gruźlicę bez próby tuberkuliną nie można. Kol. Eisenberg oświadcza się za tem, by krytycznie do tej próby się odnosić, jakkolwiek znaczenie tej próby uważa za wielkie.

4) Prof. Ciechanowski wygłosił wykład: **Główne wrota gruźlicy w ustroju ludzkim ze stanowiska anatomicznego.** Dyskusyę odłożono. Sekretarz: *Dr Morawski.*

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XVIII. Posiedzenie naukowe z dnia 21 maja 1909.

I. Kol. Sołomowicz przedstawia dwa przypadki **syringomyelii** *a)* u mężczyzny 22-letniego ze znacznym zanikiem małych mięśni rąk i bardzo szybko rozwijającem się skrzywieniem kręgosłupa; *b)* u kobiety 46-letniej, u której prócz innych zmian przyszło do odpadnięcia ostatnich członów palców rąk. — W dyskusyi podnosi kol. Prof. Halban co do pierwszego przypadku bardzo długie trwanie choroby i przestrzega przed stawianiem zanadto złego rokowania wobec rodziny należycie nieuświadomionej.

II. Kol. Hinze mówi: **O Morszynie**, t. j. jego urządzeniach, występując przeciw zapatrywaniu, że Morszyn jest miejscowością bagnistą. Omawiając skład chemiczny solanki morszyńskiej zaznacza, że należy jej używać tylko zewnętrznie, a to z powodu znacznej ilości wolnego siarkowodoru. W końcu mówi o różnych potrzebach uzdrowiska, podnosząc jego powolny, ale stały rozwój.

III. Dyskusya: Kol. Mikołajski uważa metodę pomiarów, przeprowadzonych przez kol. Czarnika (patrz posiedz. XVII) za nieścisłą. Leczenie zołzów, jako sprawy podkładowej dla szerzenia się gruźlicy, jest sprawą społecznie doniosłą. M. sądzi, że ze względu na wielką liczbę dzieci leczenie powinno być lasowem, — obecne bowiem urządzenia kolonijne wystarczają tylko dla małej liczby dzieci. — Kol. Stachiewicz uważa za przyczynę nienależytego rozwoju naszych uzdrowisk: 1) zbyt krótki sezon, 2) brak urządzeń, i 3) nienależyte poparcie przez lekarzy. Następnie poddaje krytyce gospodarkę w Szczawnicy.— Kol. Czarnik zauważa, że stacye leśne dopiero w przyszłości wykażą, czy dla leczenia są tak korzystne, podnosi, że przecież bardzo znaczna liczba właśnie wiejskich dzieci, a zatem żyjących wśród względnie dobrych warunków klimatycznych, dotknięta jest zołzami. — Kol. Doc. Szumowski wykazuje plan projektów, mających za cel polepszyć warunki w Szczawnicy. — Kol. Prezes dziękuje prelegentom za odczyty, zaznacza, że odczyty te postawił na porządku dziennym celem informacyi, a podnosząc zbyt małe zainteresowanie się naszemi uzdrowiskami ze strony powołanych władz, jako przykład przytacza między innemi brak wykładów balneologii na naszych wszechnicach.

IV. Kol. Nowicki przedstawia: *a)* Preparat płuca **z uwięzniętą w oskrzelu odłamaną kaniulą** Königa. Preparat pochodzi z dziewczyny 18-letniej, u której wykonano na prowincyi przed 4 laty laryngotomię i to przez spoidło przednie (zamiast przecięcia tchawicy) z powodu miernego zwężenia tchawicy przez stosunkowo niewielki wól. Chora na kilka dni przed śmiercią zgłosiła się do szpitala z bardzo znacznemi zmianami w płucach (zgorzel, ropienie). U chorej tej przyszło prawdopodobnie w czasie poruszania rurki przez nią samą do złamania zardzewiałej kaniuli i następowego wpadnięcia części odłamanej (10 cm) do oskrzela prawego; stąd zgorzel w płucu. *b)* Preparat serca m. 34-letniego z **pęknięciem błony wewnętrznej tętnicy głównej,** następowem pęknięciem osierdzia i krwotokiem śmiertelnym do worka osierdziowego. W miejscu pęknięcia niewielkie zmiany miażdżycowe. Prelegent omawia najczęstsze przyczyny tego rodzaju pęknięć (uraz, nagły wysiłek mięśniowy) i warunki usposabiające do nich. W danym przypadku niema żadnych danych z wywiadów. Chory zgłosił się z bólem w okolicy serca, a w kilka godzin, kładąc się do łóżka, nagle padł nieżywy, t. j. w chwili następowego pęknięcia worka. *c)* Preparat **tętniaka łuku tętnicy głównej** z uciskiem na nerw krtaniowy dolny, tchawicę i przebiciem do niej. *d)* Preparat **tętniaka cz. zstępującej t. głównej** z przebiciem do oskrzeli i krwotokiem śmiertelnym. — W dyskusyi co do przypadku pierwszego omawia Prof. Jurasz wadliwie wykonywane przecięcia tchawicy, a co do tętniaków zwraca uwagę na niebezpieczeństwo wziernikowania tchawicy, czy oskrzeli w przypadkach tętniaka. Kol. Selzer co do przypadku trzeciego wyraża przypuszczenie, że sprawa jest na tle kiły.

V. Kol. Hornowski przedstawia: *a)* **Skamieniały płód,** około 4 cm długi, znaleziony w okolicy jajowodu lewego u kobiety 75-letniej. Na kręgosłupie płodu widać bardzo dobrze rozszczepienie (*rachischisis*). Prelegent sądzi, że płód ten leżał co najmniej lat 30. *b)* Serce ze zwężeniem ujścia żylnego lewego i **bardzo dużym organizującym się skrzepem w przedsionku lewym**, wychodzącym ze ścian tegoż. Skrzep otaczał wązki kanał, którym krew przepływała. *c)* **Skrzep żyły wrotnej** u kobiety, która zmarła z powodu płatowego zapalenia płuc. Skrzep ten jest bardzo dokładnym odlewem najdrobniejszych gałązek tejże żyły, bo nawet międzyzrazikowych, a jest wyrazem nadmiernej krzepliwości krwi przy zapaleniu włóknikowem płuc. *d)* Pierwotny **mięsak chłonny,** wychodzący z błony podśluzowej **jelita czczego** z następowem zwężeniem jelita. Prelegent podnosi rzadkość występowania tej sprawy z błony podśluzowej.— Dyskusya: Kol Prezes zaznacza, że przy polycytemii występują często skrzepy w żyle wrotnej, a są one tu, zdaniem jego, sprawą następową. — Kol. Prof. Herman podnosi rzadkie wywoływanie zwężeń jelita przez mięsaki chłonne. — Kol. Selzer co do przypadku skrzepu w sercu zaznacza, że za życia u chorej tej, badanej zaledwie na kilka godzin przed śmiercią, z powodu znacznego stłumienia na mostku (prawdopodobnie od skrzepu), przypuszczano zmiany zapalne w śródpiersiu.

Nowicki.

Sekcya przemyska Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Posiedzenie w d. 5. lutego 1909.

1) Kol. Süsswein przedstawia:

a) Chorego na **chorobę Addisona**, znanego kolegom z zeszłorocznej demonstracyi, u którego za pierwszą bytnością w szpitalu przy stosowaniu pastylek suprareniny plamy barwikowe na błonie śluzowej języka i policzków w znacznej części ustąpiły. Po kilku miesiącach zgłosił się chory po raz wtóry z powodu nawrotu cierpienia; plamy barwikowe były znowu bardzo wyraźne, a obecnie przy ponownem stosowaniu suprareniny ustępują, a także stan ogólny znacznie się poprawił.

b) Chorą ze znacznym obustronnym zanikiem mięśni ramieniowych, barkowych, tak, że barki zupełnie zwisają; również mięśnie śródręcza częściowo zanikłe, tak że chora niektórych palców wyprostować nie może; czucie bólu w kończynach gór-

nych zniesione, czucie ciepła utrzymane. Znaczna pobudliwość nerwów naczyniowych. Prelegent rozpoznaje u chorej **jamistość rdzenia** (*syringomyelia*).

c) Preparaty śledziony i wątroby, uzyskane przy sekcyi kobiety, która pozostawała przez 3 miesiące w obserwacyi szpitalnej z powodu objawów wybitnej niedokrwistości. Chora, przyjęta dnia 30. X. 1908, podawała, że jest od kilku miesięcy chora, uskarżała się na ogólne osłabienie i bole w okolicy podbrzusza po stronie lewej. Badanie chorej wykazało wielką bladość powłok skórnych i błon śluzowych. W szczycie prawego płuca stłumienie i oddech oskrzelowy. Nad koniuszkiem serca szmer skurczowy. Śledziona twarda, bardzo znacznie powiększona, gdyż sięgała prawie do linii pępkowej. Wątroba tylko nieznacznie powiększona. W moczu ani białka, ani cukru. W obrazie krwi uderzała poikilocytoza, przy niezwiększonej ilości ciałek białych. Rozpoznanie opiewało: **niedokrwistość śledzionowa**. Podawanie arsenu, chininy i cholestearyny wedle Reichera nie odniosło żadnego skutku. W ostatnich tygodniach przed śmiercią zauważono powiększenie wątroby, puchlinę brzuszną i wówczas dopiero zdarzały się silniejsze krwawienia z nosa. Chora zmarła dnia 10. stycznia 1909.

Przy sekcyi stwierdzono znaczny przerost wątroby i śledziony, której torebka była silnie zgrubiała i z przeponą zrośnięta. W jamie brzusznej wolny płyn surowiczy. (Streszczenie własne).

Kol. Ehrlich badał kilkakrotnie krew chorej, po jej śmierci zaś przedsięwziął histologiczne badanie śledziony, gruczołów chłonnych krezkowych, wątroby i nerki. Krew przedstawiała obraz ciężkiej niedokrwistości, a zatem: poikilocytoza i anizocytoza, jądrzaste krwinki czerwone w dość znacznej liczbie, ilość białych krwinek jednak nie powiększona, ilościowy stosunek poszczególnych ich postaci prawidłowy. W śledzionie zupełny zanik miazgi, ciałka Malpighiego rzadkie, zanikające, natomiast olbrzymi rozrost siatki łącznotkankowej i beleczek, wzmożona ilość komórek nabłonkowatych i włóknotwórczych, jakoteż białych ciałek krwi różnych postaci. W gruczołach chłonnych krezkowych, makroskopowo mało zmienionych, przeważa rozrost tkanki łącznej siatkowatej i obok mnóstwa rozmaitych leukocytów znaczna ilość komórek wielojądrzastych, podobnych do komórek olbrzymich. Wątroba przedstawia mikroskopowo miejscami obraz nacieku i zwyrodnienia tłuszczowego, tkanka łączna międzyzrazikowa przerosła, w naczyniach wrotnych wielka ilość ciałek białych krwi. W preparatach z nerki zwyrodnienie ziarniste wysokiego stopnia. Wszystkie te obrazy mikroskopowe, dotąd w jednym i tym samym przypadku wcale nie lub może rzadko spostrzegane, trudno w jeden całokształt ująć. Szczególniej wątroba przedstawia jużto formę śródmiąższowego zapalenia (*hepatitis interstitialis*), jużto wygląda jak wątroba białaczkowa. Również ciekawy jest łącznotkankowy przerost gruczołów chłonnych w przeciwieństwie do mnogości komórek olbrzymich, jako wyrazu zwiększonej regeneracyi części składowych krwi w gruczołach limfatycznych. Ogromnych rozmiarów śledziona wreszcie daje nam obraz przewlekłego obrzmienia, choć spodziewaćby się tu należało znacznie większych i różnorodniejszych zmian histologicznych.

Na zakończenie demonstracyi preparatów mikroskopowych dodaje kol. Ehrlich, że podziela zdanie kol. Süssweina co do rozpoznania w tym przypadku niedokrwistości śledzionowej, nadmienia jednak, że i rozpoznanie choroby Bantiego ma wiele cech prawdopodobieństwa. (Streszczenie własne).

2) Kol. Słęk przedstawia:

a) Dwa **wyrostki robaczkowe** wyjęte podczas operacyi »à froid« u chorych, którzy w międzyczasie opuścili szpital, uleczeni. Jeden z tych wyrostków jest w połowie swej długości przedziurawiony, drugi grzbietem swym przegięty we dwoje i pokryty wybroczynami. Koło miejsca przedziurawionego znaleziono ropę, mimo której stan był zupełnie bezgorączkowy: od ostatniego napadu upłynęło $2^1/_2$ miesiąca. Na podstawie tego przypadku poleca K. operacyę w przypadkach zapalenia wyrostka, gdyż, jak nas to przekonuje, chorzy nawet, jak ci, mający się niby dobrze, każdej chwili narażeni byli na nawrót cierpienia, które może w danym razie nie przebiegałoby tak szczęśliwie, jak napad ostatni i mogłoby się zakończyć śmiertelnie. Operowano cięciem na zewnętrznym brzegu mięśnia prostego.

b) **Torbiel wielokomorową nerki**, zawierającą 4—5 litrów ropy (*pyonephrosis*). Mimo ostrożności w oddzielaniu guza od otrzewnej, musiano ją otworzyć, z powodu silnych zrostów sieci wielkiej i kiszki grubej, którą następnie zeszyto. Cięcie Kosińskiego okazało się tutaj jak zwykle najlepszem. W 3 tygodnie chory zmarł z powodu zapalenia otrzewnej i zmian w miedniczkach nerkowych drugiej nerki.

c) Ozdrowieńca po **ranie** zadanej **w brzuch** poniżej pępka, **przez którą wypadły pętle jelit** (około 3 metrów) nazewnątrz jamy brzusznej. Jelito było w jednem miejscu przebite przez całą grubość swej ściany, a w drugiem było częściowo oddzielone od krezki. W 2 godziny po wypadku chorego przywieziono do szpitala, gdzie natychmiast przystąpiono do zabiegu operacyjnego. Po oczyszczeniu powłok brzusznych nalewką jodową i po zaszyciu jelita w miejscu przedziurawienia i krezki, opłukano jelita wodą słoną i odprowadzono do jamy brzusznej. Ze względu, że jelita walały się we włosach ponad spojeniem łonowem, do jamy brzusznej włożono worek Mikulicza.

d) Ozdrowieńca po operacyi **przetoki kałowej**, u którego kol. Prof. Herman wykonał kilkakrotnie laparotomię z powodu pęknięcia jelita i zapalenia ropnego otrzewnej, a w następstwie wytworzonych tu ropni między pętlami jelitowemi, po kopnięciu kopytem końskiem w brzuch. Przy operacyi okrojono przetokę kałową, wycięto część jelita cienkiego. Jelito zeszyto 3-piętrowym szwem, a miejsce szwu pokryto jeszcze siecią. Nadto znaleziono przy oddzielaniu pętli jelit ropień pod wątrobą, który osączkowano ku tyłowi, nacinając skórę i mięśnie w okolicy lędźwiowej. Chory po przebytej przed 4 tygodniami operacyi oddaje teraz stolec drogami naturalnemi, i jest nadzieja, że teraz po 6-miesięcznem leżeniu w szpitalu, w krótkim czasie go opuści, jeżeli jeszcze jakie ropnie, skrycie przebiegające, nie przeszkodzą w wyzdrowieniu.

e) Chorego, u którego dwa tygodnie temu wykonano **resekcyę stawu biodrowego** lewego z powodu gruźliczego zapalenia stawu, a w następstwie zwichnięcia uda ku tyłowi i przykurczenia. Prelegent podnosi tutaj zalety cięcia Rydygiera, którego użyto, a które daje znakomity dostęp do stawu, co przy zmianach gruźliczych ma doniosłą wartość, gdyż pozwala dokładnie usunąć wszystkie tkanki chorobowe zmienione. W tym przypadku tak główka, jak panewka były zupełnie zniszczone. Aby choć w części usunąć znaczne skrócenie, bo wynoszące 20 cm, ułożono chorego w opatrunku wyciągowym Volkmanna. (Streszczenie własne).

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Zebranie z dnia 5 lutego 1909.

Prezes radca Dr Chłapowski zawiadamia, że tablica pamiątkowa dla Strusia zostanie niedługo ukończona, a na koszta jej Dr Włodzimierz Bugiel z Paryża ofiarował 250 egzemplarzy swej znakomitej pracy o tym mężu; następnie pokazuje dzieło Strusia: »Ars sphygmica«. Następnie Dr Łazarewicz zawiadamia, że Dr Zanietowski z Krakowa ofiarował się z odczytem przybyć na jedno zebranie Wydziału. Co do Zjazdu w sprawie gruźlicy i bloczków statystycznych zaznacza Dr Szulczewski, że Turban nie przypisuje wartości statystyce przy gruźlicy.

Dr Karwowski przedstawia chorego, który cierpiał na **łuszczycę**, a obecnie ma wykwity na tejże podstawie, ale pochodzące prawdopodobnie od kiły, której objawów zresztą nie można stwierdzić. Zwykle jednak przeciw łuszczycy stosowane leczenie nie odniosło tutaj skutku. Mowca zwraca uwagę na brak wszelkich wzmianek w podręcznikach o kombinacyi łuszczycy z kiłą i podnosi z uznaniem dopiero co wyszłe z druku dzieło Dr F. Malinowskiego »O kile«, w którem autor poświęca osobny od-oddział tej właśnie sprawie.

W dyskusyi Dr Szulczewski kładzie nacisk na leczenie swoiste, którego wynik powinien tu rozstrzygnąć, Dr Chłapowski zaś podnosi możliwość różnic rasowych co do wykwitów.

2) Dr Łazarewicz: **O rychłem wstawaniu położnic.** Myśl rychłego wstawania po połogu wyszła z Ameryki. W Niemczech podjął ją pierwszy Küstner. Ploss twierdzi, że u niektórych ludów kobiety wstają zaraz po połogu, żeby odchody połogowe miały swobodny odpływ. Bontzew stwierdził, że kobiety rychło wstające po połogu daleko szybciej powracają do sił, niż leżące dłuższy czas w łóżku. Przed 5 laty metodę tę zaczął stosować Kröning we Fryburgu. Gauss podaje, że czasami już pierwszego dnia chorą podnoszono; wpływało to bardzo korzystnie na stan psychiczny, jednakowoż było 1% śmiertelności, co jest winą nie dość ścisłych wskazań. Bumm w Berlinie nie pozwala wstawać położnicom w razie powikłań, tylko zdrowym; miał on bardzo korzystne wyniki. Brutzer wymaga ścisłego nadzoru lekarskiego. Sprawa ta była przedmiotem dyskusyi na zjeździe

kolońskim, gdzie referowali o niej Werth i Krönig. Pierwszy, jako stary praktyk, ostrzegał przed przedwczesnym ruchem, który może wywołać rozerwanie świeżo powstałego wału granulacyjnego, a przez to ułatwić zakażenie. Tego samego zdania byli Fehling i Hoffmayer oraz Fritsch i zur Hölle. Kröning zaś jest zwolennikiem jak najrychlejszego wstawania i to tak samo po połogach, jak po operacyach, mianowicie włókniaków. Zaś Hölle w Bonn wyłącza przypadki z powikłaniami, Opitz zaś przypadki ze sprawami ropnemi od rychłego wstawania. Sam mówca jest zdania, że w odpowiednich przypadkach rychłe wstawanie zaszkodzić nie może, tem bardziej, że za długie leżenie osłabia. Wyłącza jednak wczesne wstawanie po laparotomiach, albo po ciężkich porodach. Tyłozgięcia macicy niekoniecznie są skutkiem długiego leżenia w połogu; mowca nieraz widział je u dzieci. Olshausen twierdzi, że są one skutkiem zbyt długiego leżenia po pierwszym połogu. W praktyce codziennej nie radzi prelegent stosować nowej metody, jeżeli nie można wciąż mieć chorej pod okiem.

W dyskusyi zaznacza Dr Gantkowski, że kultura odwiodła kobiety od pierwotnego, a u ludów dzikich praktykowanego rychłego wstawania po połogu, dyktowanego przez przyrodę. Dr Święcicki wspomina, że w klinice Winckla położnica 13. dnia opuszczała zakład. W pewnym przypadku, gdzie przy dwóch połogach nastąpiły zakrzepy, przy trzecim polecił mówca rychłe wstanie i obyło się tym razem bez zakrzepu. Uważa więc rychłe wstawanie za bardzo korzystne, konieczną jednak jest kontrola ciepłoty. Przy słabem sercu, gdzie obawa zakrzepu jest większa, wstawanie ożywia obieg krwi i ustrój łatwiej niszczy jad, ew. zakażenia. U swych pacyentek mowca każe miesić 3-go dnia powłoki brzuszne i dowolnie robić ruch wstrzymywania stolca. Już w r. 1775 White kilka godzin po połogu kazał siadać. Powinnoby być wydane prawo, zabraniające zatrudniać kobiety przed upływem 6 tygodni po połogu. Co do laparotomii, to Boldt podał specyalny bandaż, pozwalający chorej szybko wstawać po operacyi i uchronić ją od wielu przykrych następstw leżenia, jak niedomoga jelit, zakrzepy i t. d. Właśnie wskutek leżenia popołogowego zdarzają się tyłozgięcia macicy. Dr Chłapowski zaznacza, że podniesiona ciepłota nie jest powodem zaniechania wstawań; w Petersburgu w zakładzie Otta położnice 8-go dnia opuszczają instytut.

Po odpowiedzi Dra Łazarewicza przedstawia Dr Karwowski kalendarz kaliski, w którym umieszczono spis lekarzy należących do Wydziału, oraz nowe dzieło Dra Feliksa Malinowskiego z Warszawy p.t. »Przymiot«, które co do treści i formy oraz co do znakomitych obrazów histologicznych i reprodukcyi chorób kiłowych skóry zaliczyć należy do najlepszych dzieł tego rodzaju. Dalej porusza mowca sprawę lekarzy, tytułujących się lekarzami praktycznymi i specyalistami równocześnie, która to sprawa ma być na porządku obrad Walnego Zgromadzenia »Towarzystwa stanowego lekarzy«.

Walne Zebranie Pomocy koleżeńskiej i Wydziału lek. z dnia 6. III. 1909.

Prezes P. K. Dr Święcicki zagaja zebranie, witając gościa z Krakowa, Dra Zanietowskiego. Na przewodniczącego prosi Dra Krzyżagórskiego z Wrześni.

Następnie sekretarz Dr Pomorski odczytuje protokół z ostatniego zebrania i sprawozdanie z czynności »Pomocy«, która zdołała udzielić już znaczniejszych zapomóg. Po sprawozdaniu skarbnika Dra Krysiewicza i krótkiej dyskusyi, w której Dr Kubacki z Pleszewa zaznaczył, że Walne Zebranie powinno rozstrzygać co do odsetek, idących do funduszu żelaznego, wybrano ten sam zarząd i zamknięto zebranie.

Dr Łazarewicz zagaja nadzwyczajne zebranie Wydziału i wita gościa Dra Zanietowskiego. Na przewodniczącego Zebrania obrano Dra Szostakowskiego z Ostrowa. 1) Dr Łazarewicz wygłasza przemówienie z okazyi 100-letniej rocznicy Karola Darwina. Jeżeli Laplace, Kopernik, Keppler, Newton objaśnili obrót ziemi i ciał niebieskich, to Darwin sięgnął do najgłębszych zagadnień nauki o życiu. Nie chciał on bynajmniej jednym rozmachem rozwiązać zagadki bytu, jak to czynią jego epigoni. Na to był zanadto uczony z jednej strony, a za skromny z drugiej. Chodziło mu tylko, żeby dać podwalinę do zrozumienia zjawiska, skąd pochodzą różnorodne formy roślin i zwierząt? Po długich podróżach osiadł na roli i wtedy opracował zebrany ogromny materyał. Naukę Linnéa o niezmienności gatunków, którą przed 50 laty jeszcze ogólnie uważano zu dogmat, obalił Darwin swym olbrzymim materyałem. Odmiany mogą być celowe lub też nie, doboru dokonuje przyroda. Obecnie idee Darwina propagują 4 szkoły i to: 1) Weissmann, najgorliwszy neodarwinista; trzyma się ściśle zapatrywań Darwina. 2) Neolamarckiści we Francyi. 3) Hertwig w Niemczech, który uznaje przyczyny zewnętrzne w odmianach form. 4) Intrakausaliści, do których należą Naegeli i Herbert Spencer. Nadprodukcya w świecie zwierzęcym i roślinnym wywołała walkę o byt. Ta walka o byt sprowadziła stopniową ewolucyę form u zwierząt i roślin i dobór naturalny. W tem się mieści kwintessencya teoryi Darwina. Przystosowanie tej ewolucyi do człowieka wywołało burzę protestów. A jednak przyjrzawszy się temu spokojnie, widzimy wspaniałą jedność w rozwoju całej przyrody.

2) Radca Dr Panieński wspomina o Zjeździe internistów polskich w Krakowie i gorąco zachęca do współudziału. Do komitetu wybrano: Drów: Kapuścińskiego, Krysiewicza, Gantkowskiego, Panieńskiego i Fr. Zakrzewskiego.

3) Następuje odczyt Dra Zanietowskiego: **O nowoczesnej elektrologii.** Mowca na wstępie dziękuje Dr Święcickiemu za gorące słowa i za serdeczne przyjęcie. Daje potem ogólny obraz obecnych pojęć o elektryczności, którą większa część uczonych uważa za materyę. Fizycy materyę tę dzielą na elektrony, czemu się sprzeciwiają chemicy, ponieważ uważają atom-elektron za niepodzielny, czego nie możnaby twierdzić o elektronach. Elektrony znajdują się także w przestrzeni, co tłómaczy ważne zjawiska, np. odkrycia Tesli, d'Arsonvala, Röntgena, Skłodowskiej. Obecnie sądzą uczeni, że nie drut przenosi elektryczność, lecz powietrze wkoło niego. Ciało ludzkie składa się z ciał elektrolitycznych, t. j. przewodników II rzędu. Działanie elektryczności na ustrój tłómaczymy za pomocą jonów. Anjony i katjony różnią się co do własności przenoszenia pewnych elementów, np. jodu. Mowca porównuje nerw z kablem, składającym się z szeregu drutów, a mięsień z kondensatorem. Tak jak naczynie ma tylko pewną pojemność, taksamo i ciało pod względem przyjęcia jonów. Chcąc w mięśniu wywołać odczyn, należy zwracać uwagę na t. zw. »optimum energiae«, t. j. żeby z najmniejszym wydatkiem energii osiągnąć ten sam skutek od mięśnia. Mowca odkrył krzywą, która dowodzi, że energia z początku upada, a potem się podnosi. Potwierdził to Harvay w Amsterdamie. Energia ta wynosi 0,03—0,04 mikrofaradów w kondensatorze Zanietowskiego. Przyrządem tym udało mu się przy studyach nad tężyczką w Wiedniu poznać chorobę na 3 dni przed wybuchem. Można zapomocą tego przyrządu także poznać koniec lub przełom choroby: mikroskop elektryczny.

Mówca podaje krzywe przy myastenii, zapaleniu nerwów i innych sprawach. Aparat Z. dlatego ma to »optimum«, że odpowiada czasowi utajenia (*latentia*) przy podrażnieniu mięśnia. Pojemność ciała ludzkiego równa się 0,03—0,04 mikrofaradów, co potwierdzili inni badacze. Przy leczeniu przyrząd Z. oddaje wielkie usługi przez to, że można dowolną ilość elektronów w dowolnym czasie rozładowywać. Za pomocą tego przyrządu można też oznaczyć przez stwierdzenie »t« (*latentia*) choroby czynnościowe. Np. prawidłowo »t« wynosi 0,01—0,03 sekundy, przy wiądzie rdzenia 3 sekundy, w innych sprawach tysiączną część sekundy itd. Metoda bipolarna Zanietowskiego zyskała sobie uznanie za granicą.

W dyskusyi Radca Panieński zaznacza, że w Niemczech więcej uznają teoryę Hertza o falowaniu eteru i zapytuje się o różnice jonizacyi i kataforezy. Dr Karwowski podnosi doniosłość jonizacyi, mało używanej w Niemczech, a po której w Paryżu widział bardzo dobre wyniki. Dr Święcicki stwierdza, że nie znamy elektryczności, ponieważ brak nam zmysłu do jej odczuwania. Prelegent zaznacza, że Niemcy z szowinizmu nie chcą uznać francuskiej teoryi. Co do jonoterapii, to jest ona kataforezą alkaloidową. Molekuły nie przechodzą z ujemnego końca do dodatniego, np. z jodku potasu przechodzi tylko jod, a nie potas.

Po zebraniu odbyła się wieczerza koleżeńska.

Zebranie z dnia 2 kwietnia 1909 r.

1) Dr Dziembowski: **Chondrodystrophia foetalis.** Sprawa ta przedstawia się jako nieprawidłowy rozwój kości u dziecka. Sądzono, że pokrewieństwo rodziców przyczynia się do tej rzadkiej choroby. Mówca jest tego zdania, że gruczoł tarczowy ma związek z rozwojem chrząstek, i że w nim należy szukać powodu sprawy. Zazwyczaj zachodzi przy niej także nadliczbowa ilość palców, zwichnięcie lędźwiowe i t. d. Zaraz po urodzeniu się dziecka bardzo trudno jest rozpoznać sprawę, łatwiej w późniejszym wieku. Sam mowca spostrzegał tego rodzaju typowy przypadek od samego urodzenia. Dziecko liczy obecnie 8 lat. Ojciec jest otyły, cierpi na cukrzycę. Dziecko bardzo otyłe, z główką dużą, z odznaczającymi się guzami czo-

łowymi, spłaszczonym nosem i grubym językiem, w 8 tygodni po urodzeniu leżało bez ruchu. Poruszanie rąk i nóg bolesne, rączki i nóżki stosunkowo za krótkie, stopki małe, nie uwydatniają się. Inteligencya prawidłowa. Gdy się stan pogarszał, mówca zaczął podawać gruczoł tarczowy, poczem stan się poprawił, ale poprawa dalej nie postępowała. Dopiero z 5-tym rokiem dziecko nauczyło się chodzić. Sprawę tę, znamienną nierównomiernością kończyn, należy ściśle odróżniać od krzywicy, jak również od matołectwa, od którego różni ją inteligencya prawidłowa. Zazwyczaj dzieci umierają w pierwszych dniach życia, a jeśli żyją, mają skłonność do chorób oddechowych. Leczenie bardzo trudne; mowca radzi stosować duże dawki gruczołu tarczowego (pastylkę dziennie), nukleogen i promienie Röntgena. —

W dyskusyi zaznacza Dr Łazarewicz, że sprawa ta zajmuje także ginekologów, którzy uważają ją za krzywicę płodową. Prawdopodobnie przyczyną jej są ważne fermenty gruczołowe. Dr Karwowski zapytuje o obraz drobnowidowy, na co prelegent odpowiada, że chodzi o brak proliferacyi komórek chrząstkowych w przeciwieństwie do krzywicy, gdzie proliferacya jest za silna. Dr Adamczewski wskazuje na różnice anatomiczne. Przy sprawie, o której mowa, szwy czaszki bardzo szybko zarastają, skostnienie na podstawie czaszki następuje przedwcześnie, przez co mózg musi rozciągać czaszkę i nos się spłaszcza. Mowca przedstawia odnośne rentgenogramy. Dr Święcicki podnosi doniosłość gruczołu tarczowego i fermentów w tych sprawach i zapytuje, czy i w przypadku prelegenta gruczoł tarczowy był zmieniony, na co prelegent odpowiada przecząco. Dr Łazarewicz pyta, czy badania drobnowidowe odnoszą się do płodu w łonie matki, czy po porodzie. U dziecka urodzonego zmiany krzywicze po przebytej w łonie matki chorobie mogą już być ukończone. Dr Chłapowski zapytuje, czy też palce w stosunku do przedramienia są większe i czy dzieci są senne (prelegent odpowiada przecząco), oraz, jak tłómaczyć działanie promieni Roentgena? Dr Święcicki jest tego zdania, że słabe oświetlania mogą pomnożyć leukocytozę i wzbudzić bujanie chrząstki. Dr Karwowski zaznacza, że promienie Roentgena przy młodej chrząstce są wprost niebezpieczne; dowodzą tego próby na młodych zwierzętach, gdzie oświetlona kończyna nie rozwija się i karłowacieje. Co zaś do leukocytozy, to nawet słabe stosunkowo opromieniania działają raczej niszcząco na białe krwinki. Przy białaczce nieraz już w pół godziny po naświetleniu spostrzega się znaczny ubytek krwinek. Chyba więc inaczej należy tłómaczyć działanie promieni w tych przypadkach.

2) Dr Nowakowski przedstawia udatne **rentgenogramy kamieni nerkowych** i moczowodowych oraz kuli w czaszce.

Radca Dr Chłapowski oznajmia, że następne zebranie odbędzie się jako Walne, połączone z odsłonięciem tablicy Strusia w katedrze, oraz otwarciem nowej sali posiedzeń Wydziału, ufundowanej przez Dra Święcickiego.

Dr Adam Karwowski.

Sprawozdanie Towarzystwa lekarskiego radomskiego za r. 1908.

Na początku 1908 r., a 6-go swego istnienia, liczyło Towarzystwo 50 członków; w ciągu roku sprawozdawczego ubyło wskutek śmierci — 1, z powodu niepłacenia składek — 2, — razem 3, że zaś w tymże okresie zostało przyjętych 4 członków — przeto z dniem 1 stycznia 1909 r. Towarzystwo liczyło 51 członków, a mianowicie: 2 członków honorowych, 47 rzeczywistych oraz 2 korespondentów.

W myśl § 12 Statutu wobec ukończenia 3-letniej kadencyi na początku 1908 r. ustąpili z zarządu: Członek — kol. S. Idzikowski, Sekretarz — kol. W. Cennère i Członek Komisyi Rewizyjnej — prow. E. Janiszewski. Wybory na miejsce ustępujących Członków odbyły się dnia 7 marca 1908 r., na których mocy na Członka Zarządu powołano — kol. K. Rogozińskiego, na Sekretarza — kol. W. Cennèra i na Członka Komisyi Rewizyjnej — prow. E. Janiszewskiego.

W roku sprawozdawczym odbyło się 10 posiedzeń zwyczajnych: 18 i 30 stycznia, 13 lutego, 7 i 28 marca, 9 i 23 maja, 20 czerwca, 31 października i 5 grudnia, oraz 2 nadzwyczajne: 24 września i 1 października. Na każdem posiedzeniu było obecnych średnio 15 członków, co stanowi 30% ogółu członków; nadto na posiedzenia wprowadzonych było 2 gości.

Na zebraniach zwyczajnych wygłoszono 4 odczyty i przedstawiono 6 pokazów — oraz rozpatrywano projekt organizacyi Związku zawodowego lekarzy przy Tow. Lek. Rad., zaś na 2 zebraniach nadzwyczajnych omówiono sprawę organizacyi walki z cholerą na wypadek pojawienia się jej w Radomiu.

Odczyty w roku ubiegłym wygłosili: kol. Raszkes: 1) »W sprawie rozszerzenia szyi macicznej zapomocą wałeczka blaszkownicy« (druk. w Czas. Lek. Nr 10 1908 r.). 2) »Najnowsze zdobycze w położnictwie«. 3) »Przypadek zewnętrznego cięcia cesarskiego« — i kol. Pełczyński: »W sprawie walki z chorobami zakaźnemi w Radomiu«. Pokazy przedstawili: 1) kol. Fuksiewicz: »Przypadek thoracopagus inaequalis«, 2) kol. Kosicki: »Przypadek gruźliczego zapalenia otrzewnej wyleczonego drogą operacyjną«; 3) kol. Kossak: »Przypadek ciąży zewnątrzmacicznej«; 5) kol. Raszkes: »Pokaz preparatu macicy znacznie powiększonej przez mięśniaki śródścienne«; 6) kol. Rogoziński: »Przypadek plastycznej operacyi z powodu oparzenia«.

Trzy posiedzenia poświęcono wyłącznie rozpatrzeniu projektu organizacyi Związku zawodowego lekarzy przy Tow. Lek. Rad., opracowanego przez wybraną w tym celu z łona Towarzystwa komisyę. Ponieważ w roku ubiegłym rozpatrzono zaledwie połowę projektu — przeto bliższe szczegóły odkładamy do przyszłego sprawozdania.

Widmo nadciągającej ze wschodu epidemii cholery wywołało konieczność zwołania 2 nadzwyczajnych zebrań w celu omówienia i zorganizowania walki z cholerą, gdyby ta nawiedziła Radom. Obszerny w tym względzie memoryał — opracowany i uchwalony na powyższych 2 posiedzeniach nadzwyczajnych, przedłożony został Władzy miejskiej i Komisyi sanitarnej. (Protokóły posiedzeń tych wydrukowane zostały w Nr. 11 i 14 »Przeglądu lekarskiego« z r. 1909).

Poza tem Towarzystwo nasze wzięło udział w uroczystości otwarcia Tow. Lek. Siedleckiego i jubileuszu 50-letniej działalności lekarskiej prof. Juliana Kosińskiego — przesyłając odpowiednie telegramy z życzeniami.

Zarząd zbierał się na posiedzenia 12 razy. Na posiedzeniach tych prócz administracyjnych rozpatrywane były wszystkie sprawy, wnoszone następnie na Ogólne Zebrania.

Ruch korespondencyi w r. 1908 był następujący: wpłynęło odezw 39, wysłano — 597.

Stan biblioteki. W dniu 1 stycznia 1909 r. biblioteka Towarzystwa liczyła dzieł 1057 w 1152 tomach, wartości rubli 1106 kop. 35. Roczników czasopism biblioteka posiada 219 tomów. W roku ubiegłym prenumerowano: Gazetę lekarską, Przegląd hygieniczny, Przegląd lekarski, Nowiny lekarskie, Zdrowie, Wiadomości farmaceutyczne, Przegląd chorób skórnych, La semaine médicale, Schmidt's Jahrbücher der in- und ausländischen gesammten Medicin, Münchener medicinische Wochenschrift, Centralblatt für Chirurgie, Russkij wracz, Prakticzeskaja miedicina i Wraczebnaja gazieta. Ogółem na prenumeratę pism wydatkowano rb. 144 kop. 20.

W roku sprawozdawczym ofiarowali swe dzieła: kol. Dłuski, kol. Cykowski, a Redakcye: Medycyny i Kroniki Lekarskiej, Pamiętnika Tow. Lek. Warszawskiego oraz Żurnała Obszczestwa krasnaho kresta nadsyłały bezpłatnie swe pisma. Nadto wdowa po ś. p. Dr. Płużańskim ofiarowała Towarzystwu bibliotekę pozostałą po zmarłym mężu lekarzu i synie, studencie medycyny.

Na oprawę książek wydano rb. 14 kop. 28.

Stan kasy. Dochód: Remanent z r. 1907 — rb. 82 kop. 52; składki zaległe rb. 57; wpisowe — rb. 9; składki członków za r. 1908 — rb. 402. Od Wydziału lekarskiego na urządzenie odczytów o cholerze — rb. 25, ze sprzedaży broszurek »O cholerze« — rb. 1 kop. 82. Razem — rb. 577 kop. 34. Rozchód: Lokal — rb. 160; opał — rb. 33 kop. 91; światło — rb. 7 kop. 4; pensya woźnego — rb. 120; usługa na Ogólnych Zebraniach — rb. 12; prenumerata czasopism — rb. 144 kop. 20; oprawa dzieł i czasopism — rb. 14 kop. 28; wydatki kancelaryjne — rb. 17 kop. 45; wydatki nadzwyczajne — rb. 12 kop. 95. Razem — rb. 521 kop. 83. Zestawienie: Dochód — rb. 577 kop 34, Rozchód — rb. 521 kop. 83; pozostaje z dn. 1 stycznia 1909 r. — rb. 55 kop. 51.

Fundusz dla wdów i sierot po lekarzach Ziemi Radomskiej w dniu 1 stycznia 1908 r. wynosił rb. 162 kop 40. W ciągu r. 1909 wpłynęło: a) złożone przez kolegów zamiast wieńca na trumnę ś. p. kol. Płużańskiego rb. 23 kop. 50; b) procent za r. 1909 rb. 7 kop. 89; razem rb. 31 kop 39. Z dniem więc 1 stycznia 1909 r. fundusz dla wdów i sierót wynosi — rb. 193 kop. 79, a znajduje się na lokacyi procentowej w kasie Przemysłowców Radomskich w Radomiu.

Zmarły w r. 1908 członek Towarzystwa ś. p. Zygmunt Adolf Płużański — urodził się dn. 19 kwietnia 1843 r. we wsi

Borkowice powiatu Opoczyńskiego, gub. Radomskiej. Gimnazyum ukończył w Radomiu, poczem wstąpił do Akademii Medyko-Chirurgicznej w Warszawie w r. 1860, ukończył Wydział Lekarski Szkoły Głównej Warszawskiej 3 kwietnia 1867 r. Z początku praktykował w Przysusze (pow. Opoczyński), następnie przeniósł się do Radomia, gdzie 31 maja 1880 r. został starszym lekarzem szpitala Ś-go Kazimierza, zaś 31 sierpnia 1885 r. nadto lekarzem Radomskiej Izby Skarbowej. Na tych stanowiskach pozostawał do zgonu. Zmarł w Radomiu dn. 19 września 1908 r. Zmarły był Członkiem Komisyi Rewizyjnej Tow. Lek. Radomskiego od założenia Towarzystwa.

Sprawozdanie c. k. krajowej Rady Zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w r. 1905.

Omówił **St. Ciechanowski.**

(Ciąg dalszy).

Następny rozdział zajmuje się stanem kanalizacyi, bruków, chodników i usuwania nieczystości w miastach i miasteczkach galicyjskich. Już ze sprawozdań poprzednich można było nabrać wyobrażenia, że utarta opinia o brudzie naszych miasteczek z małymi wyjątkami jest aż nadto uzasadniona i że postęp pod tym względem jest jeszcze powolniejszy, niż pod względem zaopatrywania kraju w wodę. Nawet miasta stołeczne pozostają co do bruków i chodników daleko w tyle poza tem, co być powinno. O Lwowie np. w r. 1905 pisze Rada Zdrowia: »Zniszczenie dróg i bruków wskutek zaniedbania tego działu gospodarki miasta postąpiło bardzo znacznie w ostatnich latach. W ciągu r. 1905 wybrukowano nie więcej, jak 4000 m. kw. Jeżeli już gmina miasta Lwowa wydaje od szeregu lat na lepsze bruki tylko bardzo nieznaczne kwoty, to powinna przynajmniej dbać o czystość ulic i placów i rychło usuwać zmieciony kurz. Często jesteśmy świadkami, że kupy śmieci leżą na ulicach tygodniami, aż je w połowie wiatr rozniesie«. Kraków, o mniejszym obszarze terytoryalnym, ma bruków stosunkowo więcej i postępy robi znaczniejsze od Lwowa, skoro w r. 1905 wybrukowano 5512 m. kw. ulic, nowych chodników betonowych położono 16.500 m., a nowych szos wykonano 9200 m. Natomiast co do czyszczenia miasta skargi są nieustające do dziś, chociaż w r. 1905 wysyłano komisyę do kilku miast zagranicznych dla zbadania tej sprawy i zakład czyszczenia miasta zreformowano. Uzupełnienie kanalizacyi, zarówno we Lwowie, jak i w Krakowie, postępuje corocznie prawie w jednej mierze. We Lwowie przybyło 1496 m. kanałów (prawie tyleż w r. 1904), w Krakowie po jednorocznym zastoju zbudowano w r. 1905 1827 m. kanałów. Co do prowincyi, to o stosunkach wiejskich niema potrzeby pisać, gdyż po wsiach naszych trudno nawet oczekiwać czegoś więcej, niż uporządkowania gnojowisk. Z tego, co sprawozdanie podaje o miasteczkach, ograniczymy się do przytoczenia wybitniejszych postępów z jednej, a najjaskrawszych braków z drugiej strony. I tak: miasto Biała wybrukowało około 6000 m. kw. ulic, w Oświęcimiu przygotowano plany kanalizacyi, w Bóbrce zbudowano kanały z rur betonowych dla odprowadzenia wód atmosferycznych; znaczniejsze postępy uczyniła Bochnia, a z miasteczek tego powiatu uzyskał nieistniejące dotychczas chodniki, szosy i wychodki publiczne Wiśnicz-Nowy. Natomiast w mieście powiatowem takiem, jak Bohorodczany, »tylko deszcze ulewne spłukują nieczystości, zresztą zwierzchność gminna tak niedbała, że wszelkie zarządzenia władzy zostawia niewykonane«. W miasteczkach powiatu borszczowskiego prawie nigdzie niema podwórzy, a że »niema także śnietników publicznych, ulice i place muszą być zanieczyszczane; ludność nie uczuwa potrzeby poprawy tych stosunków, a naczelnicy gmin nie są temu chętni«. Z powiatu brzeżańskiego »nie wykazano żadnych postępów«; w Buczaczu »stosunki opłakane«, nielepsze w Monasterzyskach, gdzie w dzielnicy żydowskiej »potworzyły się smrodliwe bagna z powodu braku odpływu«; w Chrzanowie (gdzie zresztą wypracowano plan kanalizacyi), »pod względem czystości miasto, a szczególniej podwórza bardzo zaniedbane, śmietniska dawno nieopróżniane«. Natomiast poprawę stosunków stwierdza sprawozdanie w Cieszanowie i w Dąbrowie, gdzie pilnuje się zamiatania ulic przynajmniej 2 razy na tydzień. W miasteczkach powiatu dobromilskiego nietylko brak wychodków, ale i brak na nie miejsca, dlatego ulice stale zanieczyszczone. W Drohobyczu, w którym zresztą przybyło dość dużo kanałów, chodników i kontynuowano skrapianie szos ropą naftową, nie postąpiła sprawa stałego oczyszczania ulic i placów, chociaż do tego użyto wielkiego aparatu komisyjnego. Komisye te odniosły jednak skutek co najwyżej chwilowy. Zasługuje na uwagę wzmianka o powiecie gorlickim, że gnojowiska po wsiach wszędzie pogłębiono, tak iż nigdzie nie zanieczyszczają ulic i nigdzie niema gnojowiska w pobliżu studni. Równą poprawę co do gnojowisk zapisuje sprawozdanie w powiecie jarosławskim, ale nastąpiło to dopiero pod naciskiem władzy ze względu na grożącą cholerę; maluje zresztą stosunki szczegół, że w samym Jarosławiu jest jeszcze 283 domów, nawet piętrowych, nie mających wychodków i dołów kloacznych(!) a niektóre kanały są drewniane i zgniłe. Główny kanał miasta Jasła odprowadza nieczystości do rzeki Jasiołki w miejscu, gdzie woda prawie stoi; nagromadzoną w jednem miejscu treść kanałową zabiera dopiero ulewny deszcz. We wsiach tego powiatu gnojowiska, przeważnie źle urządzone, zanieczyszczają otoczenie. A przecież to jeden z powiatów zachodnich o żywszym ruchu emigracyjnym, wnoszącym trochę kultury! W Kałuszu, który jest miastem powiatowem i ma 8000 ludności, nie położono w ciągu roku 1905 »ani jednego metra chodnika, bruków, ścieków lub kanałów, place publiczne i rynek rzadko bywają czyszczone, a ulice prawie nigdy nie zamiatane«. Niezmiernie smutne stosunki panują w Huculszczyznie, gdzie nawet w miasteczkach jest mało wychodków, brak gnojowisk, nawóz, marnując się, zanieczyszcza obejścia.

Wogóle niewiele jest takich miasteczek, gdzieby usuwanie nieczystości i śmieci było uregulowane bądź to przez organizacyę czyszczenia we własnym zarządzie gminy, bądź przez ugodę z odpowiednimi przedsiębiorcami. Zresztą nawet tam, gdzie z przedsiębiorcami zawarto kontrakty o zbieranie śmiecia i nawozu, ulice (np. w liskiem), »bywają zamiatane tylko na ponaglenie ze strony starostwa«; to też w r. 1905 zamiatano miasteczka w powiecie liskim aż pięć razy. Dobry przykład daje powiat niski, gdzie z funduszów powiatowych sprawiono przyrząd pneumatyczny do oczyszczania dołów kloacznych, który gminy kolejno wypożyczają, płacąc tylko koszta transportu.

Ciekawe jest porównanie stosunków w tych miasteczkach i powiatach, które jako najgorsze przykłady przytoczyliśmy według sprawozdania za rok 1904 w roku zeszłym, ze stosunkami w r. 1905; z tego bowiem porównania okazuje się, że właśnie te najgorsze powiaty najmniej też postępują. I tak o rohatyńskiem czytamy, że w r. 1905 »zwyczaj zakładania gnojowisk pod oknami mieszkania, zakorzeniony w tym powiecie, trudny do zwalczenia«; o powiecie rudeckim, który w r. 1904 należał do najgorszych, nadmienia sprawozdanie lakonicznie, ale wymownie: »nie było postępu widocznego«. W Sanoku, gdzie w r. 1904 nie było »żadnej zmiany ku lepszemu«, w r. 1905 »nie można nic zrobić, bo od lat 3 wybór burmistrza zakwestyonowany i wszystkie ważne sprawy gminne zostały powstrzymane«. Niema poprawy także w sokalskiem; w śniatyńskiem po staremu gnojowiska wiejskie najczęściej wadliwe; w trembowelskiem, które w r. 1904 tem się odznaczało, że wszystkie nieczystości z miasteczek wylewano do rzeki Seretu, nastąpił w r. 1905 niezwykły ewenement: »z powodu zapowiedzianego przybycia c. k. inspektora sanitarnego, wywieziono w Trembowli 60 fur śmieci«. W Turce, gdzie starostwo musiało w r. 1904 zagrażać zamknięciem targów, aby wymusić oczyszczenie miasta, w r. 1905 dopiero pod naciskiem starostwa z 75 odbudowanych po pożarze domów, w 22 urządzono wychodki, w innych nawet miejsca nie było na wychodki, które »ludność uważa za rzecz zbytku«. Ale niebardzo też można się ludności dziwić, jeżeli w budynku, mieszczącym urzędy i sąd, »wychodki przedstawiają obraz ruiny i upadku i są najgorszym przykładem dla ludności«, zawilgacając ściany sąsiedniej sali sądowej do wysokości $1^1/_2$ metra. Czy w Żurawnie istnieje jeszcze »wśród domów bagno o 200 m. kw. obszaru«, wspomniane w r. 1904, w sprawozdaniu za r. 1905 nie podano. W r. 1904 miały 2 większe miasta, Rzeszów i Tarnów, fatalną wadę w postaci przerzynających je potoków, które były właściwie otwartym, cuchnącym kanałem. Tu jednak można z przyjemnością stwierdzić bliską, a może już dokonaną poprawę: miasto Rzeszów bowiem, które na polu asanacyjnem w ostatnich latach wogóle przoduje, zaciągnęło na cele asanacyjne 90.000 koron pożyczki, w Tarnowie jest w toku budowa wodociągów, z którą wiąże się uregulowanie kanalizacyi. Wspomnieć tu należy, że również miasto Złoczów zaciągnęło 400.000 kor. pożyczki na cele asanacyjne, a miasteczko Podwołoczyska, będące jedną z najważniejszych stacyi pogranicznych wchodowych, usiłuje także poprawić swoje stosunki i nie mogąc sprostać potrzebnym na to wydatkom, stara się o subwencye rządowe.

Jak w r. 1904, tak i ostatnie sprawozdanie podaje dość liczne szczegóły o regulacyi rzek, osuszaniu bagien i zabudowaniu potoków górskich. W r. 1905 rozpoczęto

osuszać bagna rzemiańskie w powiecie mieleckim, bagna naddniestrzańskie w powiecie samborskim; Sejm uchwalił ustawę o regulacyi Pełtwi kosztem przeszło 5,000.000 kor. Dalej wylicza sprawozdanie obwałowania rzek i inne prace regulacyjne, dokonane przez Wydział krajowy i ministerstwo rolnictwa. W końcu ze słusznem zadowoleniem nadmienia sprawozdanie o spełnieniu jednego z wniosków krajowej Rady zdrowia, mianowicie o utworzeniu biura technicznego dla wodociągów i kanalizacyi przy krajowem biurze melioracyjnem. Wniosek ten uchwalony przez Sejm w r. 1905, wszedł w życie w r. 1907.

Zamykając streszczenie tego rozdziału, należy powtórzyć, jak w roku zeszłym, że byłoby pożądane co do stanu prac asanacyjnych w kraju zestawienie ogólne na wzór pracy ś. p. dra Barzyckiego o stanie zaopatrzenia kraju w wodę; to dałoby podstawę do porównania czynionych corocznie postępów.

(C. d. n.).

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Ustawa emerytalna lekarzy okręgowych galicyjskich uzyskała sankcyę cesarską.

Państwowy Związek organizacyi lek. austr. zwraca uwagę wszystkich organizacyi, że niektóre władze polityczne I i II instancyi (starostwa, namiestnictwa) dopatrują się niekiedy w zarządzeniu bojkotu przekroczenia zakresu działania ze strony organizacyi. Jednakże w rzeczywistości ze stanowiska prawnego nie ma do tego żadnej podstawy, ponieważ ustawy wszystkich organizacyi określają jako ich cel: ochronę i popieranie interesów materyalnych członków organizacyi, a jako sposób do osiągnięcia tego celu: wszystkie prawnie dozwolone środki, a więc i bojkot. Według jednomyślnych uchwał Zjazdu delegatów Związku i Wiecu Izb lek., następuje bojkot posady w przypadkach następujących: 1) jeżeli posadę tę niesłusznie lekarzowi wypowiedziano; 2) jeżeli sam lekarz wypowiedział posadę z powodu sporu o wysokość wynagrodzenia, jeżeli więc przyjęcie tej posady przez drugiego lekarza byłoby »licytacyą in minus«, 3) jeżeli zachodzi spór zasadniczy między lekarzami, a korporacyą, w której ręku jest posada. Otóż w tych kilku przypadkach, w których władze upatrywały w bojkocie przekroczenie zakresu działania organizacyi, szło zawsze o niesłuszne wypowiedzenie posady lekarzowi, o jego pokrzywdzenie. A przecież w każdym zawodzie wolno kolegom zawodowym ująć się za pokrzywdzonym kolegą i odwołać się do koleżeńskiej solidarności, ogłoszenie bojkotu nie jest niczem więcej, jak tylko takiem odwołaniem się do koleżeństwa; każdy lekarz, znając powody bojkotu, sam tu rozstrzyga, czy ma postąpić koleżeńsko, czy niekoleżeńsko. Ani za takie odwoływanie się do solidarności zawodowej, ani za ogłoszenie bojkotu nie została dotąd rozwiązana żadna organizacya robotnicza, bo do tego niema podstaw prawnych. To też i lekarze nie mogą być wyjęci z pod prawa, równego dla wszystkich obywateli państwa. Prezydyum Związku państwowego wzywa więc wszystkie organizacye, aby się takiego środka, jak apel do solidarności koleżeńskiej, pod żadnym warunkiem nie zrzekały, przeciwnie, aby stosowały go w jaknajszerszym zakresie (oczywiście w każdym przypadku dokładnie zbadawszy sprawę) i by broniły tego sposobu postępowania wszelkimi środkami prawnymi, odwołując się w razie potrzeby aż do najwyższych instancyi. *X.*

Państwowy Związek lekarzy niemieckich, świeżo powstały w Niemczech, ma w przeciwieństwie do lipskiego dążyć do zgody z kasami chorych i odrzuca wszelkie strejki i bojkot. Czy chwila obecnej zaciętej walki jest na to odpowiednia i czy związek ten będzie mieć powodzenie, wątpić należy. *X.*

Lekarze kolejowi w Bawaryi przedłożyli ministerstwu komunikacyi następujące warunki: wynagrodzenie roczne od każdego nieżonatego członka kasy 4 marki, od żonatego 12 marek, a nadto kilometrowe za jazdy, i to do nieżonatego 50 fenigów za kilometr, do rodziny markę za kilometr. *X.*

Rażący przypadek wywierania przymusu na lekarzu przez władzę wydarzył się w Quedlinburgu. Tamtejszy lekarz okręgowy miał zarazem posadę lekarza więziennego za wynagrodzeniem 165 marek rocznie. Na prośbę o podwyższenie płacy prezydent sądu podniósł ją do 300 marek, równocześnie jednak Izba lekarska wyraziła zdanie, że lekarz ów jedynie za wynagrodzeniem 600 marek może objąć tę posadę. Lekarz obstawał przy tem orzeczeniu Izby, za co »w drodze urzędowej« został przeniesiony. *X.*

W Niemczech nie wolno lekarzom, jak to z niedawno odbytego procesu wynika, przy zmianie mieszkania umieszczać w dawnej siedzibie ogłoszenia, że mieszka obecnie gdzieindziej, bez osobnego pozwolenia gospodarza domu lub zastrzeżenia się z góry przy wynajmowaniu. *X.*

Za przekroczenie tajemnicy lekarskiej uznało »Société de medecine légale« w Paryżu jako odpowiednią karę: więzienie 1—6 miesięcy lub grzywnę 100—500 franków. *X.*

Kasy chorych w Budapeszcie połączone są w jedną całość, liczącą 170.000 członków. Prawie $^1/_4$ ludności (800.000) jest zabezpieczona i odpada z praktyki prywatnej lekarzy. *X.*

Celem zwalczania środków tajemnych, jakoteż gotowych specyfików fabrycznych postanowił Związek aptekarzy niemieckich wyrabiać i sprzedawać w każdej aptece w eleganckiem opakowaniu, a po przystępnej cenie, te wszystkie przetwory złożone, które zyskały sobie już wzięcie. Przetwory te wydawane będą jedynie na receptę lekarza i opatrzone znakiem ochronnym D. A. V. *X.*

Z administracyi znaczków receptowych.

Sprzedano znaczków:	4 h	1 h
Od roku 1904 do końca kwietnia 1909 .	458,052	258,100
W maju 1909	11,060	7,394
Razem .	469,112	265,494

Dr Żydłowicz, administrator.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 23. V. do 29. V. 1909 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Bohorodczany (Mołotków 1, Sołotwina 1), Buczacz (Płoszcza 4, Rzepińce 6), Czortków (Bazar 5, Panszówka 1, Kalinowszczyzna 3), Horodenka (Hawrylak 1, Targowica 3, Zywaczów 3), Jarosław (Cieplice 4), Kołomyja (Słobódka polna 8, Gwoździec stary 4), Lisko (Smolnik ad Baligród 1), Mościska (Małnów 1, Małnowska w. 1), Podhajce (Sokolniki 3), Sanok (Komańcza 1, Radoszyce 2), Skałat (Zarubińce 1, Ostapie 2), Sniatyn (Trościaniec 9, Śniatyn 1, Hańkowce 3), Tłumacz (Hołosków 2), Turka (Hnik 3), Zaleszczyki (Capowce 1), Złoczów (Czyżów 4). *Dr T.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 23. V. do 29. V. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 4 † 3 (w tem obcych 4 † 3), krztuśca 3, płonicy 13 † 2 (5 † 2), odry 4, duru brzusznego 2 † 1 (2 † 1), nagm. zapalenia opon 1. *Dr Sch.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 23. V. do 29. V. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 3 (w tem obcych 2), krztuśca 1, płonicy 15 † 1, odry 2, duru osutkowego 3 (3), duru brzusznego 8 (1). *Dr Legczyński.*

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 9. V. do 15. V 1909 r. przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 7, odry 1, płonicy 6, róży 6, duru brzusznego 9 † 1, duru osutkowego 31, duru powrotnego 9, błonicy 4 † 1. (*Gaz. lek.* 22).

XVI. Zjazd chirurgów polskich.

Liczni i poważni koledzy oświadczyli, że termin w pierwszej połowie lipca jest nieodpowiedni z rozmaitych przyczyn, a mianowicie, że podczas panujących w tym czasie upałów trudno z natężeniem pracować, dalej, że letnia pora nie bardzo nadaje się na ostateczne przygotowanie wykładów choćby ze względu na zwiększone właśnie w tej porze zatrudnienie praktyczne, nareszcie, że jedna część kolegów wyjechała lub sposobi się do wyjazdu na odpoczynek, a druga musi w domu pozostać, żeby ich zastąpić. Wobec tego uważam za odpowiednie, odłożyć nasz przyszły Zjazd na późniejszy termin, i to albo na pierwszą połowę grudnia, lub na czas wielkanocny, kiedy to także odbywają się z takiem powodzeniem zjazdy chirurgów niemieckich. Podczas Zjazdu międzynarodowego w Budapeszcie będziemy mieli sposobność do bliższego porozumienia się w tym względzie.

L. Rydygier,
Prezes Zjazdów chirurgów polskich.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 2. VI. b. r. posiedzenie, na którem Prof. Lewkowicz wykładał »O gruźlicy u dzieci«. W dyskusyi przemawiali Dr Eisenberg, H. Hirsch, Merz, Prof. Kader i prelegent.

— W klinice lekarskiej Uniwersytetu Jagiellońskiego jest do obsadzenia miejsce naukowego (laboratoryjnego) asystenta

z płacą roczną 1400 K. i bezpłatnem mieszkaniem w Zakładzie. Ubiegający się, dyplomowani lekarze, powinni przedłożyć dowody przebytej praktycznej szkoły w pracowniach: bakteryologicznej, imunizacyjnej i chemicznej, jakoteż samoistne prace z tych zakładów. Znajomość sporządzania rentgenogramów jest pożądana. Klinicznej praktyki nie wymaga się. O bliższe szczegóły zechcą się kandydaci osobiście poinformować w Dyrekcyi kliniki. Podania z odpowiednimi załącznikami należy wnosić do Dziekanatu Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego do dnia 15. października 1909.

Lwów. Na posiedzeniu w d. 28. V. 1909 zajmowała się Krajowa Rada Zdrowia sprawą kwalifikacyi lekarzy szkolnych, utworzenia dwóch okręgów sanitarnych i pozwolenia na grobowiec rodzinny, oraz wydała opinię o peryodycznem badaniu bakteryologicznem wody z publicznych wodociągów.

Warszawa. Towarzystwo opieki nad umysłowo i nerwowo chorymi utrzymywało w r. z. w przytułku Drewnicy 177 chorych (z nich połowę bezpłatnie); koszt utrzymania wynosił 30,615 rb. W Drewnicy rozpoczęto budowę nowego pawilonu na 50 łóżek; opracowano plany sanatoryum w Karolinie. Towarzystwo liczyło w r. z. 288 członków.

— Nieodżałowanej pamięci Teodora Dunina poświęcone są dwie świeżo wydane broszury: Dra Wł. Janowskiego i Dra K. Rzętkowskiego, który dochód z broszury przeznaczył na sanatoryum w Rudce.

— Dr Henryk Lubowski, którego 40-lecie pracy lekarskiej obchodzono uroczyście w Ciechocinku d. 23. V. b. r., jest z pochodzenia Krakowianinem. Urodzony w r. 1834, ukończył szkoły średnie i studya lekarskie w Krakowie; doktoryzował się w Berlinie w r. 1858. Ciechocinek zawdzięcza Jubilatowi wiele ulepszeń.

— Wystawę przeciwalkoholiczną w Warszawie zwiedziło w ciągu 24 dni trwania 30.000 osób. W końcu czerwca wystawa ta będzie otwarta w Żyrardowie, następnie w Częstochowie i w Łodzi. (Medyc. i Kron. lek. 22).

Łódź. Na zebraniu inauguracyjnem »Ligi przeciwgruźliczej« wybrano do Rady Towarzystwa z lekarzy: Drów: Grabowskiego, Pieniążka, Sterlinga, Sachsa, Tochtermanna i Kaufmana. Już komitet tymczasowy (Dr Sterling, Skalski, Pieniążek i Wisłocki) zebrał na cele Ligi 3000 rb.

— Towarzystwo doraźnej pomocy lekarskiej w Łodzi liczyło w r. z. 522 członków, miało 19,159 rb. dochodu, a 17.859 rb. wydatków. Pogotowie udzieliło pomocy w 3,059 przypadkach. Wynagrodzenie lekarzy Pogotowia uregulowano, przyznając 4 po 700, a 4 po 600 rb. rocznie.

Z różnych stron. Na posiedzeniach ogólnych tegorocznego międzynarodowego Zjazdu lek. w Peszcie (29. VIII. do 4. IX.) odbędą się następujące wykłady: 1) Baccelli: Śródżylne stosowanie środków heroicznych. 2) Bashford: O raku. 3) Gruber: Dziedziczność, dobór, a higiena. 4) Kutner: Dalsze kształcenie się lekarzy. 5) Laveran: Patologia podzwrotnikowa. 6) Loeb: Sztuczne zapładnianie i jego znaczenie w fizyologii i patologii komórki. 7) Holländer: Opisy chorób z czasów przed epoką Kolumba.

— We Wrocławiu odsłonięto pomnik Mikulicza.

— Akademia lekarska w Meksyku wyznacza nagrodę w kwocie 120.000 koron za najlepszą pracę na temat: poznanie przyczyn i leczenie swoiste duru brzusznego. *X.*

— Międzynarodowe Towarzystwo przeciwgruźlicze ogłasza konkurs na najlepszą pracę o gruźlicy. Nagrody po 300, 100 i 50 franków, 2 medale złote i 3 srebrne. Termin nadsyłania prac do 1 stycznia 1910 na ręce Dra Petit, Paryż, rue du Rocher. *X.*

— Pewien lekarz w Berlinie skazany został na miesiąc więzienia za to, że z litości wystawił pewnej telefonistce, spodziewającej się porodu (groziła jej za to utrata stanowiska), świadectwo, podające jako powód chwilowej niezdolności do służby inne zupełnie cierpienie. *X.*

— W Japonii ludność używa prawie codzień kąpieli gorących (43—46°) ze zwyczaju, a nie z poczucia czystości. Że tak jest, dowodzi brud panujący w łazienkach, gdzie woda bywa zmieniana rzadko, a nawet w wielu miejscowościach wieczorem zbierają z basenów osad z naskórka ludzkiego i używają go jako nawozu do jarzyn. Wogóle Japończycy nie odznaczają się zbytniem poczuciem czystości, zwłaszcza co do naczyń kuchennych i nakrycia stołowego, które np. w restauracyach pod tym względem pozostawia wiele do życzenia. Kąpiel w publicznej łaźni kosztuje 3—4 halerzy. Wielką sławą cieszą się gorące kąpiele siarkowe w Kusatsu. Chorzy kąpią się tam po kilka minut w ciepłocie 45—53°, używając tych kąpieli 3—4 razy dziennie. *X.*

Zmarli: Dr Henryk Landau w 39 r. ż. w Warszawie; fizyolog Prof. Engelmann w Berlinie.

Redakcya otrzymała: Frencl: Episoden aus der Vorgeschichte der Auflösung der Gesammt-Organisation der prakt. Aerzte Schlesiens. Odb. »Ärztl. Standesztg.« 1909. — Rzętkowski: Teodor Dunin. Odb. »Med. i Kron. lek.« 1909. — Orlowski: Die Schönheitspflege. Würzburg. (C. Kabitsch) 1909. — Zbiór prac z laboratoryum Dr S. Serkowskiego w Warszawie. Odb. »Now. lek.« 1909.

Sprostowanie. W Nrze 21. str. 349, szpalta prawa, wiersz 8 od góry zamiast: »Posiedzenie d. 22 maja« ma być: »Posiedzenie d. 12 maja«.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 9. czerwca 1909 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym V. wykład z seryi wykładów o gruźlicy: Doc. Międzowicz: Klinika gruźlicy.